



## 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학석사학위논문

Archer의 형태발생론을 활용한  
2007년 의료급여정책변동 사례 연구

A Case Study of the Korea  
Medical Aid Policy Change in 2007  
using Archer's Morphogenetic Approach

2016년 8월

서울대학교 보건대학원  
보건학과 보건정책관리학 전공  
정 성 식

Archer의 형태발생론을 활용한  
2007년 의료급여정책변동 사례 연구

지도교수 김 창 엽  
이 논문을 보건학석사학위논문으로 제출함

2016년 6월

서울대학교 대학원  
보건학과 보건정책관리학 전공  
정 성 식

정성식의 석사학위논문을 인준함  
2016년 7월

위 원 장 이 태 진 (인)

부 위 원 장 문 진 영 (인)

위 원 김 창 엽 (인)

## 국 문 초 록

본 연구는 2007년 의료급여정책 변동에 대한 질적 사례연구로서, 당시 정부가 기존의 보장성 확대 정책기조에서 벗어나 의료급여재정의 안정화를 위하여 수급권자의 의료이용을 규제하는 본인부담제와 선택병의원제 등의 정책을 도입하게 된 원인과 기전을 규명하는 것을 목표로 하였다.

이를 위해 본 연구에서는 Archer의 형태발생 사회이론을 분석 모형으로 활용하였고, 당시 정치·경제·사회문화의 구조적 조건과 정부체계 및 정책결정자 요인 그리고 정책행위자 간의 상호작용 요인을 분석 변수로 선정하였다.

그리고 문헌조사와 면담조사를 통해 수집한 자료를 패턴매칭 기법과 경쟁설명 기법을 활용하여 분석하였다.

분석 결과는 다음과 같았다.

첫째, 당시 대통령의 영향력 약화와 복지예산 확대에 부정적인 정치권의 조건은 정부가 의료급여제도의 재정지출을 안정화하는 방향으로 정책기조를 선회하는데 영향을 미쳤다.

둘째, 참여정부의 질서자유주의적 경제정책이념은 ‘사회투자’ 정책기조와 같은 효율적 복지를 지향하면서 수급권자의 도덕적 해이를 억제하는 정책들이 채택되는데 영향을 미쳤다.

셋째, 주류언론들은 수급권자의 의료오남용 사례를 중점적으로 보도하여 수급권자에 대한 부정적인 사회인식을 확산시킴으로써 정부 정책에 대한 사회적 저항을 최소화시켰다.

넷째, 정부는 기존의 ‘참여복지’ 정책기조에서 ‘사회투자’ 정책기조로 전환하면서 투자적 가치가 있는 복지사업에 주력하였고, 이에 따라 자원배분의 우선순위에서 밀린 의료급여제도는 재정절감의 대상이 되었다.

다섯째, 기획예산처는 의료급여 재정문제가 정부의제로 부상되고 수급권자의 도덕적 해이를 제어하는 정책들이 도입되도록 하는데 영향을 미쳤다.

여섯째, 당시 유시민 보건복지부 장관은 실질적인 최종 정책결정자로서 의료급여

재정문제가 정부의제로 선정되고 본인부담제 등의 정책이 결정되고 도입되도록 하는데 결정적인 영향을 미쳤다.

그의 사회자유주의적 이념성향과 사회투자 복지철학 및 독일에서 복지재정을 공부한 경력 등이 그가 수급권자의 도덕적 해이를 재정문제의 주요 원인으로 인식하는데 영향을 미친 것으로 보인다.

일곱째, 당시 정책도입을 둘러싸고 정부를 위시한 정책추진세력과 시민사회단체를 주축으로 한 대항세력 간의 복잡한 상호작용이 전개되었다.

정부는 시행령과 시행규칙 개정과 같이 행정부 단독의 입법절차만으로 정책도입이 가능한 유리한 조건 속에서 밀어붙이는 전략을 활용하였고, 이와 함께 극단적인 의료오남용 사례를 여러 차례 발표함으로써 수급권자 전체를 부도덕한 집단으로 낙인찍는 언론 프레이밍 전략을 구사하였다.

반면 제도적 참여수단이 부재하였던 대항세력은 연대체를 결성하여 적극적인 투쟁을 전개하였고, 주로 성명서, 기자회견, 시위, 언론기고 등을 통하여 반대여론을 확산시킴으로써 정부를 압박하는 전략을 활용하였다. 또한 수급권자의 건강권과 인권을 침해하는 정책임을 내세워 인권위의 의견표명을 도출하는 등 인권적 측면에서 정부를 압박하여 강행을 중단시키고자 하였다.

이러한 반대운동의 성과로 세부 정책사항이 일부 수정되기도 하였으나, 결국 본인부담제와 선택병의원제와 같은 핵심정책들은 그대로 도입되었다.

이상의 분석결과를 통해 당시 정책변동은 거시적, 중범위적, 미시적 층위의 다양한 요인들 간의 상호작용을 통해 발생하였음을 확인할 수 있었다.

주요어: 의료급여제도, 정책변동, 형태발생 사회이론

학번: 2013-21860

## 연구 목차

1장. 서론	1
1절. 연구 배경	1
2절. 연구 질문 및 목적	5
1. 연구 질문	5
2. 연구 목적	6
3절. 연구 대상 및 범위	8
4절. 연구 방법	11
1. 연구의 진실성 확보	11
2. 연구의 타당성 및 신뢰성 확보	14
3. 자료 수집방법	16
4. 자료 분석방법	19
2장. 이론적 배경	20
1절. 정책변동에 관한 이론적 논의	20
1. 정책변동의 개념과 유형	20
2. 정책변동의 이론적 모형	21
2절. 형태발생 사회이론에 관한 이론적 논의	23
1. 형태발생 사회이론의 개념	23
2. 형태발생 사회이론의 설명구조	27
3. 형태발생 사회이론을 활용한 국내 선행연구	31
3절. 2007년 의료급여정책변동에 관한 선행연구 검토	35
1. 정책결과를 분석한 연구	35
2. 정책변동을 분석한 연구	36
3장. 연구 모형	39
1절. 연구모형의 구성	39
2절. 연구모형의 적합성 검토	41

4장. 분석 결과	43
1절. 2007년 의료급여정책 변동사례 개요	43
2절. 거시적 구조 요인	48
1. 정치적 구조 요인	48
2. 경제적 구조 요인	54
3. 사회문화적 구조 요인	59
4. 소결	63
3절. 정부체계적 요인	64
1. 복지정책기조의 변화 요인	64
2. 청와대 및 경제부처의 영향력 요인	73
3. 보건복지부 요인	78
4. 정책결정자 요인	90
5. 소결	98
4절. 정책행위자 요인	101
1. 정책진영의 구성	101
2. 경제적 이해관계 및 이념적 지향성	105
3. 상황논리	107
5절. 상호작용	109
1. 상호작용	109
2. 행위전략	146
6절. 종합논의	154
1. 분석결과 요약	154
2. 연구명제의 타당성 검토	159
5장. 결론	162
1절. 연구 요약	162
2절. 연구의 의의 및 한계	166
1. 연구의 의의	166

2. 연구의 한계 .....	167
3절. 정책적 제언 .....	170
참고문헌 .....	174
Abstract .....	183

## 표 목차

표 1. 연도별 의료급여 진료비 추이 .....	2
표 2. 2007년 의료급여법 시행령 및 시행규칙의 주요개정내용 .....	8
표 3. 연구의 프로토콜 구성 .....	15
표 4. 자료 유형 별 분류 .....	18
표 5. 발현적 속성에 따른 상황논리와 상호작용유형 .....	30
표 6. 2007년 의료급여제도변화가 의료이용에 미친 영향을 분석한 선행연구 .....	35
표 7. 2007년 의료급여정책변동을 분석한 선행연구 .....	38
표 8. 의료급여 관련 언론 보도 .....	61
표 9. 참여복지 기초의료보장 계획 .....	66
표 10. 희망한국21대책: 공공부조개편 주요정책 우선순위 .....	70
표 11. 의료급여 진료비 지출의 연도별 추이 .....	79
표 12. 분과위원회 별 제도개선과제 .....	83
표 13. 본인부담제 또는 인센티브제 도입 추진방안 및 일정 .....	84
표 14. 김근태·유시민 장관 비교 .....	98
표 15. 양측 세력의 이해관계 및 이념적 지향성 비교 .....	107
표 16. 공대위 측이 제기한 정부 측 통계자료의 문제점 .....	117
표 16-1. 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교자료 .....	117



표 16-2. 의료급여 진료비 증가의 원인별 분석	118
표 17. 보건복지부가 정정한 보정된 통계자료	119
표 18. 의료급여와 건강보험 진료비 증가요인별 기여율	122
표 19. 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안의 입법절차 과정에서의 변경 사항	130
표 20. 2007년 의료급여정책의 변동과정	142

## 그림 목차

그림 1. 의료급여 재정문제에 대한 정부의 선택 가능한 대안들	6
그림 2. 분석 시기의 범위	10
그림 3. 형태발생론적 주기	26
그림 4. 의료보험 규제정책 변화의 메커니즘 분석틀	32
그림 5. 형태발생론을 활용한 의료급여정책 변동 분석 모형	39
그림 6. 노무현 대통령의 월별 지지율	50
그림 7. 참여정부의 복지정책기조 변화	72
그림 8. 당시 의료급여정책과 관련된 정부 내 조직도	102
그림 9. 2007년 의료급여정책 변동을 둘러싼 정책진영	105
그림 10. 형태발생론에 따른 2007년 의료급여정책 변동의 발생기전	108
그림 11. 정책 추진·대항세력 간 상호작용	145
그림 12. 2007년 의료급여정책 변동의 인과기제	158

# 제1장 서론

## 제1절 연구 배경

의료급여제도는 모든 국민의 건강권을 보장하기 위해 정부가 국가조세를 재원으로 저소득층에게 의료서비스를 제공하는 공공부조제도이면서 동시에 이를 통한 건강증진과 복지향상을 목적으로 하는 사회보장제도의 하나이다(보건복지부, 2016).

이러한 제도의 기본취지에 맞게 의료급여제도는 1977년 ‘의료보호법’의 제정과 함께 시작된 이래 국가의 경제 성장과 맞물려 점진적으로 급여 대상자와 급여 범위를 확대하면서 제도의 보장성을 강화하는 방향으로 진행되어 왔다(보건복지부, 2016). 특히 국민의 정부 시절인 2001년에는 ‘의료급여법’으로 개정되면서 기존의 시혜적 관점에서 ‘수급권’이라는 권리적 관점으로 법적 지위와 인식이 향상되었고(손정인, 2008), 뒤이어 들어선 참여정부에서도 보장성 강화를 위한 여러 정책들이 적극적으로 추진되었다<sup>1)</sup>.

그러나 이러한 정책추진의 결과로 참여정부 임기 동안 의료급여 진료비 지출은 해마다 큰 폭으로 증가하게 되었고<sup>2)</sup>, 이에 재정부담의 한계를 느

1) 참여정부에서는 의료급여 사각지대 해소를 위해 2004년에는 차상위계층 중 만성·희귀난치성 질환자, 2005년에는 차상위계층의 12세 미만 아동과 국내에 입양된 18세 미만 아동을, 2006년부터는 차상위계층 18세 미만 아동을 각각 의료급여 수급권자에 포함시켰다. 이러한 적용 인구 확대 외에도 본인부담 완화를 위한 각종 조치가 시행되었는데, 2004년에는 2중 수급권자의 본인부담률을 인하(20%→15%)하였고, 또한 본인부담금이 6개월간 120만원 초과시 그 전액을 지원하도록 하는 본인부담상한제를 도입하였다. 2005년에는 자연분만 및 신생아에 대한 입원진료 시 본인부담금을 면제하였고, 2006년에는 6세 미만 아동에 대한 입원 본인부담금을 면제하였으며, 등록된 중증질환자에 대한 본인부담률을 10%로 인하하였고, 양전자 단층촬영(PET)을 급여항목으로 전환하였다(참여정부 국정운영백서, 2008).

긴 정부는 2006년 4월 ‘의료급여제도 혁신추진계획’을 발표하며 급여재정을 안정화시키기 위한 다방면의 대책을 강구하게 되었다(보건복지부, 2006a). 그리고 재정급증문제의 원인 중 하나로 일부 수급권자들의 무분별한 의료 오남용 행태에 주목한 정부는 이에 대한 해결책으로 의료급여1종의 ‘외래 본인일부부담제’(이하 본인부담제)와 ‘선택병의원제’ 도입<sup>3)</sup> (2007.7.1 시행)을 골자로 하는 의료급여법 시행령과 시행규칙을 개정하였다.

이러한 정책도입의 기본취지는 기존 외래의 법정급여항목에 대해서 본인부담금을 내지 않고 자유롭게 병의원을 선택하고 이용하였던 급여1종 환자들의 의료이용을 규제함으로써 불필요한 의료이용을 억제하고자 하는 것이었다.

이러한 정부의 정책 도입에 대하여 찬성하는 이들은 제도 운영의 지속가능성을 확보하고 수급권자의 비용의식을 제고하여 적정의료 이용을 유도하는 합리적인 정책 도입이라고 평가한 반면에(신영석, 2010; 신현웅, 2007; 최성은, 2014), 이에 반대하는 측에서는 당시 의료급여재정이 급증한 것은 수급권자의 ‘도덕적 해이’(moral hazard)때문이 아니라 그동안 정부가 추진해 온 급여대상자 확대정책이 주된 원인이라면서 정부의 원인진단의 문

2) '02~'05년 연도별 의료급여 총진료비 현황 (보건복지부, 2006a)

표1. 연도별 의료급여 진료비 추이

구분	'02년		'03년		'04년		'05년	
	금액	증감율	금액	증감율	금액	증감율	금액	증감율
총진료비 (억원, %)	19,824	7.6	21,655	9.2	25,658	<b>18.5</b>	31,765	<b>23.8</b>

3) ‘본인부담제’는 기존의 외래이용 시 본인부담이 면제되었던 의료급여 1종 수급권자에게 일부 본인부담금(1차 1,000원 2차 1,500원 3차 2,000원 약국 5,00원)을 도입하는 제도로써, 이와 함께 매월 6,000원의 건강생활유지비를 가상계좌에 적립하는 방식으로 지급하고 연말 정산 시 남은 금액을 환급받도록 하였다.

‘선택병의원제’는 질환군별 급여일수를 초과한 수급권자나 자발적 신청자를 대상으로 본인이 지정한 1차 혹은 2차 의료기관을 이용하는 경우에는 본인부담금을 면제해주는 제도이다.

제점을 지적하는 한편 수급권자의 건강권과 인권을 침해하는 정책도입이라고 비판하였다(나영희, 2009; 명숙, 2007; 문만숙, 2015; 유원섭, 2007; 이원영, 2007; 임준, 2007).

위와 같이 2007년에 도입된 의료급여정책<sup>4)</sup>에 대하여 상반된 평가가 존재하지만, 한 가지 분명한 사실은 “재정 부담이 증가하더라도 지속적으로 저소득층의 의료보장을 확대하겠다.”는 정권 출범당시의 정책기조(참여복지기획단, 2004)에 반하는 정책도입이었다는 점이다. 그리고 뒤이어 참여정부 임기 내에 의료급여 대상자로 포함시켰던 차상위계층 수급권자들을 다시 건강보험 대상자로 전환시키는 조치가 이뤄진 점을 고려한다면, 이 시점에서 정부의 의료급여제도에 대한 정책기조의 변화가 있었음을 알 수 있으며(신영전, 2014), 이는 ‘지속적인 재정책대를 통한 제도의 보장성 강화’보다는 ‘재정 안정화를 통한 제도운영의 지속가능성 확보’라는 정책목표가 비교우위를 점하면서 발생한 정책 변동으로 이해할 수 있다.

그리고 이후 현재에 이르기까지 급여 대상자의 수나 예산 규모의 변동 추이<sup>5)</sup>로 볼 때 이러한 재정 안정성을 중시하는 정책기조가 계속 유지되고 있음을 알 수 있다. 따라서 2007년 의료급여정책 변동은 의료급여제도의 역사에서 ‘중요한 전환점’(critical juncture)이 된 사건이라고 평가할 수 있을 것이다(나영희, 2009).

이러한 의미를 지닌 2007년 정책변동이 왜 발생하였는지를 심층적으로

---

4) 본 연구에서 언급하는 ‘2007년에 도입된 의료급여정책’ 또는 ‘2007년 의료급여정책 변동’은 급여 1종 본인부담제와 선택병의원제 도입을 골자로 하는 ‘의료급여 수급권자의 의료이용을 규제하는 정책’ 도입을 의미한다.

한편 이에 대해 찬성 측은 ‘제도개선’이나 ‘제도혁신’으로, 반대 측은 ‘제도개악’으로 명명하였는데, 본 연구에서는 중립적인 의미의 ‘제도개편’이나 ‘제도개정(改定)’의 용어를 사용하고자 하며, 결과적, 수동적 의미의 ‘정책변화’(change)보다는 동적인 뉘앙스(dynamic)를 내포하는 ‘정책변동’을 주로 사용하고자 한다.

5) 급여 대상자의 수는 2007년 약 185만 명에서 2014년 약 144만 명으로-차상위 본인부담경감대상자인 34만 명을 포함하여도-감소하였고, 급여예산의 규모도 2007년 약 3.6조원에서 2014년 약 4.4조원으로 다른 분야 예산에 비해 소폭 증가하는데 그쳤다(보건복지부, 2016).

이해하기 위해서는 급여재정 문제에만 시선을 국한할 것이 아니라 당시 의료급여제도를 둘러싼 정치·경제·사회문화의 구조적 요인과 정책참여자들 간의 상호작용 요인까지 포괄적으로 고려할 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 2007년 의료급여정책 변동의 원인과 기전을 규명함으로서 의료급여제도의 변화 메커니즘을 이해하는데 기여하고 아울러 의료급여제도의 보장성 강화를 위한 정책적 방안을 제시하고자 한다.

## 제2절 연구 질문 및 목적

### 1. 연구 질문

본 연구의 출발점이 되는 첫 번째 질문은 “왜 2007년에 수급권자의 의료이용을 제한하는 내용의 의료급여정책이 도입되었는가?”하는 것이다. 당시 정부는 '01~'05년간 의료급여 진료비의 증가율이 급증하고 있었기 때문에 재정운영의 안정성을 위해서는 어쩔 수 없이 수급권자의 불필요한 과다의료이용을 억제할 필요가 있다고 주장하였다(보건복지부, 2006b).

그렇지만 그 기간 동안 보장성 강화를 목적으로 의료급여 대상자와 급여범위를 지속적으로 확대하는 정책을 도입하였기 때문에 급여재정의 증가는 충분히 예상할 수 있는 결과였다. 그런데도 수급권자의 과다의료이용에만 정책개입의 초점을 맞춘 점은 정책방향의 일관성과 정책대상자의 형평성 측면에서 이해하기 어려운 부분이다. 따라서 재정 부담이라는 표면적 원인 외에 또 다른 정책변동의 원인이 무엇이 있었는지 살펴볼 필요가 있다.

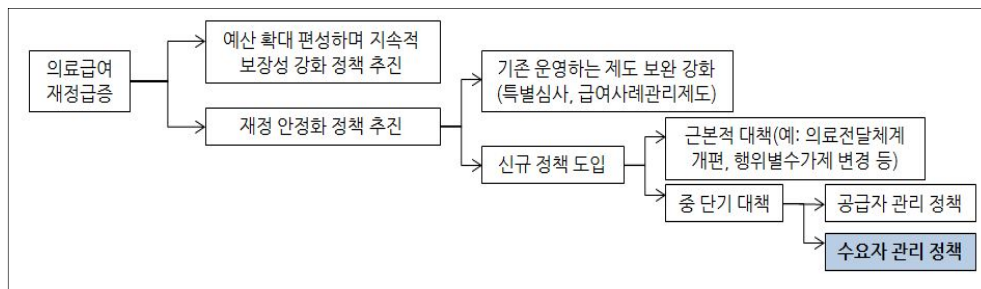
다음 질문은 “어떤 과정을 거쳐 의료급여정책의 변동이 이루어졌는가?”하는 것이다. 구체적으로 당시의 정치, 경제, 사회문화적 구조가 정책변동에 어떠한 영향을 미쳤는지, 그리고 당시 진보적 시민사회진영의 강력한 저항과 반발이 있었음에도 불구하고 정책이 강행되었는데(나영희, 2010), 정책추진세력과 대항세력 간의 어떠한 상호작용을 통해 정책변동이 이루어졌는지 살펴보고자 한다.

1. 왜 2007년 의료급여정책의 변동이 발생하였는가?

1-1. 의료급여재정 문제가 핵심 정책의제로 부각된 이유는 무엇인가?

1-2. 의료급여재정 문제에 대해 정부가 선택할 수 있는 여러 대안들 중에서 왜 수급권자의 의료이용을 규제하는 정책을 채택하였는가?(그림1)

그림 1. 의료급여 재정문제에 대한 정부의 선택 가능한 대안들



2. 어떻게 의료급여정책의 변동이 이루어졌는가?

– 정책의 채택과 도입의 전 과정에서 정책추진세력과 대항세력 간의 어떠한 상호작용을 통해 정책변동이 이루어졌는가?

## 2. 연구 목적

따라서 본 연구의 목적은 2007년 의료급여 정책변동에 영향을 미친 구조적, 행위자적 요인이 무엇이었고 행위자들 간의 어떠한 상호작용을 거쳐 정책변동이 나타났는지 하는 그 원인과 기전을 규명하는 것이다.

그리고 본 연구의 명제는 ‘형태발생 사회이론’<sup>6)</sup>의 설명구조를 따라 다음과 같이 설정하였다.

6) 형태발생 사회이론에 대해서는 ‘제2장 이론적 배경’에서 설명하였다.

연구명제 : 2007년 의료급여정책 변동은 당시 정치·경제·사회문화적 구조의 영향력 속에서 의료급여 재정의 급증문제를 해결하기 위한 정책(수급권자 의료이용 규제 정책)을 추진하는 정책추진세력과 대항세력 간의 상호작용을 통하여 발생하였다.

따라서 본 연구에서는 사례분석 결과를 토대로 이러한 연구명제의 타당성 여부를 함께 검토해보고자 한다. 만약 검토 결과 명제의 타당성을 확보할 수 있다고 한다면 본 사례와 이론모형 간의 정합성을 높일 수 있을 것이다.



### 제3절 연구 대상 및 범위

본 연구의 분석 대상은 급여1종 외래본인부담제와 선택병의원제 도입을 주요 골자로 하는 2007년 의료급여정책의 변동 사례이다.

당시 정부는 의료급여법 시행령과 시행규칙의 개정<sup>7)</sup>을 통해서 이와 같은 정책들을 도입하였는데, 주요 개정내용은 다음과 같다.(표2)

표 2. 2007년 의료급여법 시행령 및 시행규칙의 주요 개정내용

<input type="checkbox"/> 의료급여법 시행령(시행일시: '07.7.1 공포: '07.2.28) ① 1종 수급권자에 대한 본인부담금 일부지급 및 초과금액의 면제(영 제13조제5항 및 제6항) ○ 1종 수급권자 본인부담 상한제 - 매 30일간 2만원 초과시 보장기관에서 50%지급 - 매 30일간 5만원 초과시 100% 지급 ② 1종 수급권자 일부 본인부담제 도입(영 제19조 별표 1) ○ 외래이용시 본인일부 부담금 부과 - 1차(의원): 1,000원, 2차(병원 종합병원): 1,500원, 3차(지정기관): 2,000원, 약국 500원(처방전당) - CT, MRI, PET 등 급여비용의 5% ※ 입원시 현행과 동일하게 본인부담금 없음 ○ 외래 이용시 본인부담금 면제대상 - 18세 미만인 자, 임산부, 무연고자, 희귀난치성 질환자, 장기이식환자(신장, 간장, 심장, 췌장), 가정간호를 받고 있는 자, 선택병의원 적용 대상자 ※ 국가유공자 및 무형문화재 등 타법적용대상자도 적용 <input type="checkbox"/> 의료급여법 시행규칙(공포: '07.3.27) ① 인체면역결핍증바이러스 질환자는 의료급여일수상한제 적용제외(제8조의2제1항)⇒시행: '07.3.27
---

7) 시행령(대통령령)의 입법절차는 다음과 같다. ①법령안의 입안→②부패영향평가→③관계기관과의 협의 및 당정협의→④입법예고→⑤규제심사→⑥법제처 심사→⑦차관회의 심의→⑧국무회의 심의→⑨대통령 재가→⑩공포. 시행규칙(부령)은 ⑧, ⑨번 절차가 제외된 것 외에 시행령과 동일하다(법제처, <http://www.moleg.go.kr/main>).

<p>② <b>선택병의원제 도입</b>(제8조의2제3항 내지 제5항)⇒시행 : '07.7.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 원칙 : 1차 의료급여기관 1곳을 수급권자가 선택하여 이용</li> <li>○ 수급권자가 질환군별 급여일수를 초과하여 진료받을 경우 선택병원 이용하는 조건으로 급여연장</li> <li>○ 적용대상</li> <li>- 회귀난치성 질환자 : 365일+90일=455일 초과</li> <li>- 11개 고시질환자 : 365일+30일+90일=485일 초과</li> <li>- 기타질환자 : 365일+180일=545일 초과</li> <li>※ 회귀난치성 질환 및 고시질환은 질환별 의료급여일수 산정, 기타질환은 모든 질환을 합하여 의료급여일수 산정함.</li> <li>※ 장애인·한센병환자 등 : 2차, 회귀난치성질환 : 3차까지 선택가능</li> <li>○ 복합질환자로서 6개월 이상 치료 필요시 시군구 의료급여심의위원회를 거쳐 선택 의료급여기관 이외의 다른 2차 의료급여기관까지 추가선택 가능</li> <li>○ 선택병의원 수급권자 본인부담금 면제(제19조의4)</li> </ul> <p>③ 가정 산소치료자 요양비 지급(제24조제2항) ⇒ 시행 : '07.4.28.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 호흡기 장애인등 만성폐쇄성폐질환자가 가정에서 산소치료 받을 경우 보장기관에서 요양비지급</li> <li>※ 적용 : '06년 11월부터 소급적용(건강보험과 적용시기 일치)</li> </ul> <p>④ 장애인보장구 지급절차 개선(제25조) ⇒ 시행 : '07.4.28.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 보장구 지급전에 보장기관의 지급기준 적합여부확인 후 승인</li> <li>○ 「장애인복지법」 및 「의료기기법」에 따라 등록 또는 허가받은 업체에서 구입한 보장구에 한하여 급여비용 지급</li> </ul> <p>⑤ <b>건강생활유지비 지원 근거규정 마련</b>(제28조)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1종 수급권자의 외래진료 시 소액 본인부담제 도입에 따라 본인부담금 지원(1인당 월 6천원 지원 예정) ⇒ 시행 : '07.7.1</li> <li>※ 국가유공자 등 타법적용대상자도 지급</li> </ul> <p>⑥ 경구투여가 가능함에도 불구하고 장관이 고시하는 진통·소염제인 외용제제 처방·조제 시 그 외용제제는 전액본인부담(제19조 별표 1의2) ⇒ 시행:'07. 4.28.</p>
--

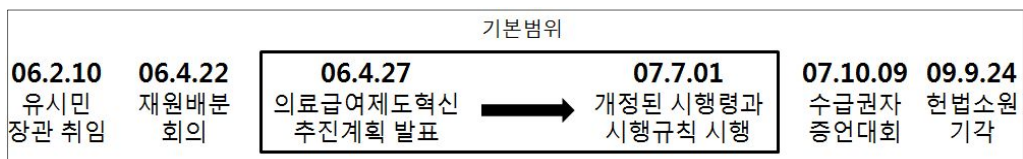
자료 : 보건복지부(2007a, 2007b)

개정된 내용을 보면 ‘가정 산소치료 요양비 지급’과 같이 보장성을 확대하는 정책도 포함되어 있지만, 본 연구에서 분석대상으로 삼은 2007년 변동 사례는 본인부담제와 선택병의원제와 같이 ‘수급권자의 의료이용을 규제하는 정책’을 의미한다.

분석 대상의 범위는 본 연구에서 활용하는 형태발생 사회이론 모형에 따라 정치·경제·사회문화적 구조와 정부체계적 요인 및 정책추진·대항세력의 정책참여자 요인이 포함된다. 그리고 여기서 정책추진세력에는 주도적 역할을 한 정부와 주류 보수언론, 정치권 및 일부학계가, 대항세력에는 진보적 시민사회단체들의 연대체와 진보언론 및 일부학계 그리고 대한의사협회가 포함된다.

한편, 본 연구의 분석 시기는 보건복지부의 ‘의료급여제도혁신 추진계획’ 발표시점(’06.4.27)부터 개정된 시행령과 시행규칙에 따라 본인부담제와 선택병의원제 등이 시행된 시점(’07.7.1)까지를 기본범위로 설정한다. 그리고 추진계획 발표에 앞서 정부 내에서 의료급여 재정문제가 정책의제로 채택된 원인과 과정을 살펴보기 위하여 유시민 보건복지부장관 취임시점(’06.2.10)부터 추진계획 발표까지의 시기도 분석에 포함하기로 한다. 또한 개정된 제도의 도입 이후에도 계속 진행되었던 행위자 간 상호작용 요인을 살펴보기 위하여 헌법재판소의 최종판결이 나온 시점까지를 추가적으로 분석에 포함하도록 한다.(그림2)

그림 2. 분석 시기의 범위



## 제4절 연구 방법

본 연구는 2007년 의료급여정책 변동을 설명하는데 목적을 둔 ‘설명적 정책사례연구’(explanatory policy case study)이다. 정책사례연구란 어떤 정책이나 현상이 “왜” 발생하고 “어떻게” 진행되는가에 답하기 위해 다양한 자료(이론 및 연구결과, 기록문서 및 보고서, 면담자료, 언론·방송보도, 인터넷자료, 관찰자료 등)를 사용하여 독특한 특성을 가진 프로그램, 정책, 정책과정, 제도 등 소수의 실제 현상에 대해 심층적·종합적으로 연구하는 것을 의미한다(강은숙 외, 2005).

그런데 이러한 사례연구는 어떤 정책의 변화가 왜 발생하고 어떻게 진행되었는가를 심층적으로 분석하는데 유용한 연구방법이지만, 계량적 연구방법과 달리 체계적이고 구조화된 연구방법의 부재로 인해 학문적 엄격성이 떨어진다는 비판과 함께 연구의 진실성과 타당성 등의 문제가 제기될 수 있다(이선우, 2000).

따라서 본 연구에서는 다음과 같은 연구 설계를 통하여 이러한 문제점을 극복하고 연구의 질적 수준을 높이하고자 한다.

### 1. 연구의 진실성(Trustworthiness) 확보: 연구자 반성

본 연구는 2007년 의료급여정책 변동을 분석하는 질적 사례연구(qualitative case study)이다. 구조화된 연구방법을 도구로 사용하는 양적 연구와 달리 질적 연구에서는 ‘연구자’가 곧 연구도구가 되어 자료수집과 분석방법 등을 결정하므로(나장함, 2006), 질적 연구자의 역량과 자질은

연구의 질적 수준에 절대적인 영향을 미치는 요인이 된다.

따라서 본 연구에서는 ‘연구자 반성’(researcher reflexivity)을 통하여 연구를 수행하는 연구자의 배경, 이해관계, 신념 등을 밝히고 여기에서 비롯되는 편견이 연구에 미칠 부정적인 영향을 최소화하면서 객관적인 연구를 수행하기 위하여 어떠한 절차와 방법을 활용할 것인지를 제시하고자 한다.

## 1) 연구자의 배경

본 연구자는 30대 남성으로 보건정책학을 전공하는 석사과정 연구생이다. 학부 전공은 한의학으로 졸업 후 4년간의 병원 수련과정을 거쳤고 현재는 임상과 학업을 병행 중에 있다.

병원수련과정에서 의료급여환자들과 빈번한 접촉이 있었는데, 열악한 경제여건으로 필요한 치료를 받지 못하는 모습들을 보면서 연민을 느꼈고, 반면에 제도를 악용하여 의료 오남용 행태를 보이는 이들에 대해서는 분노감을 느끼기도 하였다.

이러한 의료현장에서의 개인적 경험이 있기에 본 정책변동 사례에서 대립하였던 양측의 주장 즉, 수급권자의 도덕적 해이를 강조한 추진세력과 의료급여제도의 낮은 보장성으로 인해 수급권자들이 겪고 있는 고통을 강조한 대항세력의 주장이 실제 의미하는 바를 잘 이해할 수 있었다.

## 2) 연구대상과 이해관계

본 연구자는 2007년 의료급여정책 변동과 직접적인 연관성을 가지고 있지 않다. 당시 정책 변동과정에 참여한 바가 없으며, 현재까지도 관련 시민단체나 정부기관에 소속되어 활동한 경력은 없다. 또한 연구자의 친인척

가운데 의료급여 대상자이거나 관련 분야의 종사자도 전무하다. 따라서 연구자와 분석 대상 간의 직접적인 이해관계는 없다고 볼 수 있으며, 이로 인해 연구가 편향될 위험성은 낮다고 생각한다.

### 3) 연구자의 신념

본 연구자는 사회민주주의적 이념성향에 가깝고 보편적 복지이념을 지향한다. 또한 보건정책 전공자로서 보건의료이용과 건강의 형평성 문제가 주요 관심분야이다. 의료급여제도에 있어서는 재정의 효율성도 중요하지만 그보다 먼저 보장성 강화를 통해 수급권자의 기본적 의료필요를 충족시키는 일이 정책의 우선목표가 되어야 한다는 입장이다.

이러한 연구자의 신념은 분석의 객관성을 낮추면서 당위적이고 편향된 결론이 도출되도록 영향을 미칠 수 있다. 질적 연구의 특성 상 이러한 편향성 문제를 완전히 극복하기는 어렵겠지만 다소 완화시키기 위하여 다음과 같은 노력을 기울였다.

먼저 자료수집 과정에서 중립성을 유지하기 위하여 정책도입과 관련된 찬반 양측의 주장이 담긴 자료를 균형 있게 수집하고자 노력하였다. 그리고 수집한 자료에서 가치판단 진술과 사실적 내용을 구분하여 분석의 객관성을 높이고자 하였다.

또한 분석 과정에서 본 연구명제에 대해 제기될 수 있는 반론을 경쟁가설로 설정하여 그 타당성 여부를 검토하였다.

## 2. 연구의 타당성과 신뢰성 확보

사례연구 설계는 수집한 증거자료를 연구문제와 결론으로 연결시키기 위한 논리적 과정으로, 연구문제와 연구명제를 설명하기 위한 자료를 수집, 분석, 해석하는 일련의 과정을 의미한다(Yin, 2011). 따라서 사례연구 수행 과정에서 연구 설계는 논리적인 문제와 연관되며, 합리적인 연구 설계를 위해서는 타당성과 신뢰성을 확보하는 것이 중요하다(김현주, 2011).

따라서 본 연구에서는 연구의 타당성과 신뢰성을 확보하기 위하여 Yin(2011)이 제시한 사례연구의 논리적 검증기준을 충족시키는 방법을 다음과 같이 활용하였다.

### 1) 연구의 타당성(Validity) 확보

먼저 자료수집 단계에서 다양한 자료원을 사용하여 구성적 타당성을 확보하고자 하였다. Yin(2011)은 자료수집의 원칙으로 최소한 2가지 종류 이상의 자료원을 사용해야 조사방향의 일관성을 확보하고 설득력과 정확성을 높일 수 있다고 하였다.

따라서 본 연구에서는 다양한 유형의 문헌조사와 함께 정책변동의 주요 참여자를 대상으로 한 면담조사를 병행하여 분석에 필요한 정보를 확보하고자 하였다.

### 2) 연구의 신뢰성(Reliability) 확보

연구의 신뢰성은 어떤 연구자가 수행한 특정 연구를 다른 사람들이 동일한 연구주제에 대해 같은 방법으로 반복하여 동일한 결과를 얻을 수 있을

때 확보될 수 있다(강은숙 외, 2005). 이러한 연구의 신뢰성을 확보할 수 있는 방법으로 문서화 작업 시 발생할 수 있는 문제들을 구체적으로 설명하는 ‘사례연구 프로토콜’과 ‘사례연구 데이터베이스’의 구축 및 활용이 있다(Yin, 2011).

따라서 본 연구에서는 연구개요, 자료수집 절차, 프레임 설정, 세부 연구 질문 등으로 구성된 사례연구 프로토콜(표3)을 활용하였고, 수집한 문헌자료와 면담자료를 유형별로 재구성하여 정리한 데이터베이스를 구축함으로써 연구의 신뢰성을 확보하고자 하였다.

표 3. 연구의 프로토콜 구성

구분	주요내용
연구의 개요	1) 의료급여정책 변동에 관한 연구질문 및 연구명제 2) 의료급여정책 변동을 설명하기 위한 이론적 모형
자료수집 절차	1) 분석요인별 자료원 : 문헌 자료, 면담 자료 2) 분석요인별 증거자료 수집 계획
프레임 설정	1) 의료급여정책 변동의 발생 원인과 배경 2) 의료급여정책 변동의 과정과 결과 3) 의료급여정책 변동의 영향요인 4) 의료급여정책 변동 과정에서 정책 추진·대항세력 간 상호작용
연구명제 와 관련된 질문 목록	1) 의료급여정책 변동의 발생 원인과 배경 -의료급여정책의 변동을 발생시킨 원인은 무엇이며 또 이와 관련된 배경은 무엇인가? 2) 의료급여정책 변동의 과정과 결과 -의료급여정책의 변동은 어떠한 과정을 거쳐 이루어졌으며 정책 변동의 결과는 무엇인가? 3) 의료급여정책 변동의 영향요인 -의료급여정책의 변동에 영향을 미친 정치·경제·사회문화적 요인은 무엇이며, 이러한 요인들이 정책변동에 어떠한 영향을 미쳤는가? -의료급여정책의 변동에 영향을 미친 정부체계적 요인은 무엇이며, 이러한 요인들이 정책변동에 어떠한 영향을 미쳤는가? -의료급여정책 변동을 추진한 정부의 핵심 정책행위자는 누구이며, 어떠한 역할을 담당하였는가?



	-의료급여정책 변동의 추진세력과 대항세력은 어떻게 구성되었으며, 이들의 이해관계와 이념적 지향성은 무엇이었으며, 이로 인한 상황논리는 무엇이었는가? 4) 의료급여정책 변동 과정에서 정책 추진·대항세력 간 상호작용 -의료급여정책 변동 과정에서 추진세력과 대항세력간의 어떠한 상호작용이 있었으며, 이로 인해 정책결과에 어떠한 변화가 발생하였는가?
--	---

### 3. 자료 수집방법

#### 1) 문헌조사

본 연구의 분석대상인 2007년 의료급여정책 변동사례와 관련된 주요 일간지와 인터넷 언론사의 기사 및 연구보고서, 보건복지부의 보도자료, 의료급여혁신위원회의 회의 자료집과 중앙의료급여심의위원회의 회의록, 시민사회단체연합의 성명서와 논평, 기자회견자료, 토론회 자료집, 입법예고안에 대한 의견서 및 질의서, 국가인권위원회의 의견표명 자료, 선행연구논문 및 단행본, 회색문헌 등을 조사하였다.

온라인 뉴스 자료는 ‘네이버뉴스’나 ‘카인즈’ 등의 뉴스검색포털사이트를 이용하여 ‘2006.1.1~2007.12.31’ 범위에서 ‘의료급여(제도)’, ‘본인부담’, ‘도덕적 해이’, ‘수급(권)자’, ‘의료오남용’, ‘유시민(장관)’ 등의 키워드를 단독 또는 상호 결합하여 검색하는 방식으로 조사하였다.

이외에 의료급여정책 변동과 직접적인 관련은 없더라도 연구명제와 관련된 정치·경제·사회문화의 구조적 요인이나 정책결정자의 영향력에 대한 분석에 필요한 자료들은 추가로 조사하여 활용하였다.

## 2) 면담조사

본 연구에서는 문헌조사와 함께 문서화되지 않은 내부 정보를 구하는 것을 목표로 당시 정책 변동의 핵심 참여자들을 대상으로 한 면담조사를 실시하였다.

1차 면담대상자 선정은 사전 문헌조사에 따른 의도적 표집(purposive sampling)방법을 활용하였고, 이후 면담 대상자로부터 다른 대상자를 소개받아 추가로 면담 대상자를 선정하는 눈덩이식(snowballing)표집방법을 활용하였다.

면담조사는 서울대학교 생명윤리위원회의 심의승인을 받은 이후 2016년 4월 1일부터 5월 20일까지 진행되었다. 모든 면담 대상자에게 이메일로 면담을 요청하였고, 일주일 이상 답변이 없는 경우에는 면담을 거절한 것으로 간주하였다. 면담요청을 수락한 대상자와는 면담일정을 협의하고 대상자의 근무처로 방문하여 면담조사를 수행하였다.

면담은 반구조화된 방식으로 대상자의 당시 지위와 역할에 적합한 질문으로 구성하여 진행하였으며 평균 1시간 20분가량이 소요되었다. 모든 면담은 사전 동의를 받고 녹음하였으며, 녹음한 내용은 1~2일 이내에 전사(transcription)와 코딩 작업을 거쳐 분석에 활용하였다.

애초 계획단계에서는 정책추진세력과 반대세력 각 3~4명씩 총 6~8명을 면담할 예정이었으나, 정부 측 관계자 전원이 면담을 거절한 가운데 결과적으로 시민단체 대표 1명과 혁신위원회 위원 1명, 총 2명과의 면담이 이루어졌고, 이후 더 이상 새로운 대상자 확보가 힘들 것으로 판단하여 대상자 모집과 면담조사를 중단하였다.

그리고 정부 측 관계자와의 면담이 성사되지 않았기 때문에 이와 관련된 정보 수집은 문서 자료로 대체하여 분석에 활용하였다.

### 3) 자료 유형별 분류 및 정리

수집한 자료는 다음(표4)과 같이 형태발생 사회이론 모형의 설명구조에 따라 유형별로 분류하여 정리 및 코딩 작업을 수행하였다.

표 4. 자료 유형별 분류

구분	분석요인	주요 분석 내용	증거자료
거시적 구조 요인	정치 구조	대통령의 정책영향력 국회 정당 구조 및 정부의 복지정책에 대한 정당 별 입장	문헌 자료
	경제 구조	참여정부의 경제정책이념	문헌 자료
	사회문화 구조	의료급여제도 및 수급권자에 대한 사회적 인식, 언론 프레임링 효과	문헌 자료
정부 체계적 요인	정부의 복지정책기조	정책기조전환(참여복지→사회투자)	문헌 자료
	청와대 및 경제부처 요인	국가재정운영계획 공개토론회, 국무위원 재정배분회의	문헌, 면담자료
	보건복지부 요인	추진계획, 의료급여 혁신위원회의 인적 구성과 운영방식 및 논의과정 중앙의료급여심의위원회 요인	문헌, 면담자료
	정책결정자 요인	보건복지부 장관의 정책적 신념, 역량	문헌, 면담자료
정책행위자 요인	정책추진 및 대항세력	양측 세력의 구성과 이해관계 및 이념적 지향성	문헌, 면담자료
	상황논리	양측 세력 간 상황논리	문헌, 면담자료
상호작용	권력구조 행위전략	양측 세력 간 상호작용, 정부의 정책추진전략 및 시민단체연합의 대항전략	문헌, 면담자료
구조적 정교화	정책 변동	양측 세력 간 상호작용에 따른 정책변동 결과	문헌 자료

### 3. 자료 분석방법

본 연구에서는 사례연구에 적용되는 대표적인 분석기법 중 하나인 ‘패턴 매칭’(pattern matching)기법과 ‘경쟁설명’(rival explanation)기법을 활용하여 분석을 실시하였다(Yin, 1989).

패턴 매칭기법은 이론모형으로부터 예측한 패턴과 자료 수집을 통해 관찰한 패턴을 비교 분석하는 방법으로, 패턴이 일치하게 될 경우 연구 명제의 설명력이 높아지며 연구의 내적 타당성을 확보할 수 있다(Campbell, 1975).

그리고 패턴매칭 기법에 속하는 방법인 경쟁설명기법을 활용하여 분석하였다. 이는 연구명제와 경쟁관계에 있는 대안적 설명을 제시하고 이를 고려한 균형 잡힌 자료 수집을 토대로 하여 경쟁설명의 오류를 지적하고 각각함으로써 연구명제의 설명력을 강화시키는 분석 방법(Yin, 2011)으로서, 본 연구에서 설정한 연구명제에 대한 경쟁설명은 다음과 같다.

경쟁설명1 : 2007년 의료급여정책 변동은 당시의 구조적 조건과 상관없이 핵심 정책결정자의 개인적 신념을 중심으로 한 합리적 선택의 결과로 발생하였다. (행태주의적, 합리적 선택이론적 관점)

경쟁설명2 : 2007년 의료급여정책 변동은 소수 정책결정자들의 선택과 판단에 의해 발생한 것이 아니라 당시 정치·경제·사회문화의 구조적 요인이 결정적인 영향을 미쳐서 발생한 것이다. (구조결정론적, 제도주의적 관점)

## 제2장 이론적 배경

### 제1절 정책변동에 관한 이론적 논의

#### 1. 정책변동의 개념과 유형

‘정책’(policy)이란 바람직한 사회 상태를 이룩하려는 목표와 이를 달성하기 위해 필요한 수단에 대하여 권위 있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본방침(김창엽, 2000)을 지칭하는 것으로, 곧 공공문제 해결을 위한 정부의 행동방침을 의미한다.

그리고 ‘정책변동’(policy change)의 개념은 연구자들의 관점에 따라 다양하게 정의되고 있는데, 김현주(2011)는 기존의 국내외 학자들의 논의를 종합하여 정책변동이란 ‘정책과정에서 정책에 영향을 미치는 환경적 요인과 정책 행위자의 상호작용에 의해서 정책이 변화, 환류되는 과정’이라고 정의하였고, 본 연구에서도 이러한 개념적 정의로서 정책변동을 이해하였다.

정책변동의 유형은 크게 ‘혁신(innovation), 승계(succession), 유지(maintenance), 종결(termination)’로 구분할 수 있는데(Hogwood&Peters, 1983)<sup>8)</sup>, 본 연구사례인 2007년 의료급여정책 변동은 기존 정책이 새로운

---

8) 정책의 혁신(innovation)은 새로운 분야에 진출해 정책을 수립하는 것이며, 승계(succession)는 동일한 분야의 기존 정책이 새로운 정책에 의해 대체되는 것이고, 유지(maintenance)는 본래의 정책 목표 달성하기 위해 프로그램을 조정하는 것이며, 종결(termination)은 특정 정책을 의도적으로 종결시키거나 중지시키는 것을 의미한다(유훈, 2009).

정책에 의해 대체되는 ‘정책승계’에 해당한다고 볼 수 있다.

정책변동을 촉진시키는 요인으로서는 경제적 환경의 급변, 정책수혜자의 가치관 변화, 법률의 제·개정 및 폐지, 최고 정책관리자의 교체, 정책집행조직의 반항, 조직 간의 경쟁, 기술, 예상외의 사건, 정책오차, 집행조직의 약점, 정책일관성의 상실 등이 있을 수 있고, 반면에 정책변동을 저해할 수 있는 요인에는 심리적 저항, 정책·조직의 지속성, 역동적 보수주의, 정치적 연합, 정치적 부담, 법적 제약, 높은 비용, 정책변동의 불합리성 등이 있을 수 있다(정정길 외, 2005).

한편, 정책변동에 관한 연구는 “사회·정치·경제·행정변동 등은 정책변동과 상호작용한다.”는 이론적 대전제 하에 1970년대 후반부터 사회학, 경제학, 정치학, 행정학 등 대부분의 사회과학 분야에서 본격적으로 이뤄지고 있으며(유훈, 2009), 최근 국내 보건학 분야에서도 의약분업이나 건강보험통합 등과 관련된 정책변동을 분석하는 연구들이 이뤄지고 있다(김선희, 2008).

## 2. 정책변동의 이론적 모형

기존의 많은 학자들에 의해서 정책변동의 원인과 과정을 분석하기 위한 다양한 이론적 모형이 개발되고 제시되어 왔다(정정길 외, 2016).

정책의제설정 및 정책결정과정을 중심으로 정책변화를 설명하는 전통적 이론모형에는 합리모형과 만족모형, 관료정치모형 등 합리성에 초점을 둔 모형과 이익집단이론(다원론), 국가론(엘리트론), 조합주의와 같은 권력자원 배분모형 등이 있고, 최근에는 정책네트워크모형(policy network)이나 옹호연합모형(Advocacy Coalition Framework: ACF) 및 정책흐름모형(Policy Stream Framework: PSF) 등이 많이 활용되고 있다(김선희,

2008).

이러한 이론적 모형들은 각기 나름대로의 특정한 관점과 의도를 가지고 설계되었기 때문에 연구자는 자신이 분석대상으로 삼은 정책사례의 특성을 고려하여 이에 적합한 모형을 선택하거나 또는 적합한 형태로 재구조화하여 분석에 활용해야 한다(조흥순, 2008).

한편, 김선희(2008)는 기존 모형들을 행위자(합리적 선택이론)나 구조 및 제도(역사적 제도주의)와 같이 특정변수의 규명에 초점을 두는 경우와 시간의 흐름에 따른 점진적인 변화 양상을 기술하는데 초점을 두는 경우(정책흐름모형과 진화이론) 그리고 상이한 신념체계의 구성에 초점을 두는 경우(정책옹호연합모형), 이렇게 총 3가지 유형으로 분류하였다.

그리고 이러한 기존 이론모형으로는 정책변화의 인과기제를 파악하기 위한 과정중심적 접근과 거시적 구조와 미시적 구조의 연계 및 시간 차원의 고려에 한계가 있다고 주장하며, 이에 대한 대안으로 사회시스템 차원의 연속과 변화를 설명하는 이론인 Archer의 '형태발생 사회이론'을 재구성하여 국내 의료보험 규제정책의 변화를 분석하는데 활용한 바 있다(김선희, 2008).

따라서 본 연구에서는 기존 정책변동 분석모형의 한계에 대한 김선희(2008)의 문제 인식과 연구방법론 및 분석모형에 착안하여 이를 토대로 본 정책변동 사례를 분석하고자 한다.

## 제2절 형태발생 사회이론에 관한 이론적 논의

### 1. 형태발생 사회이론(Morphogenetic social theory)의 개념

‘형태발생 사회이론’(Morphogenetic social theory)은 대표적인 비판적 실재론자이자 교육사회학자인 Archer(1995)에 의해 고안된 이론으로서, ‘비판적 실재론’(critical realism)의 철학적 기초와 ‘분석적 이원론’(analytical dualism)이라는 방법론을 토대로 사회시스템의 연속과 변화의 기제(mechanism)와 과정(process)을 시간의 흐름에 따른 사회·문화적 구조와 행위자 사이의 상호작용을 중심으로 설명하는 이론이다(김선희, 2008).

먼저 형태발생 사회이론의 철학적 기초가 되는 비판적 실재론에 대하여 간단히 살펴보자면, 비판적 실재론은 20세기 후반 Bhaskar(1975)에 의해 고안된 과학철학의 새로운 사조로서, Hume의 경험주의에 근거한 실증주의 과학관도, Kant의 선험적 관념주의도 지식의 대상인 실재가 우리의 의식과는 독자적으로 존재한다는 점을 제대로 파악하지 못한다고 비판하면서, “세계(실재)는 인간의 지식(확인)과 무관하게 독립적으로 존재하며 층화 및 구조화되어 있다.”는 존재론적 가정을 제시하였다(이영철, 2006).

이를 구체적으로 살펴보면 비판적 실재론은 ‘비이행성(자동성)’(intransitivity)과 ‘초사실성’(transfactuality) 및 ‘층화’(stratification)라는 3가지 기본적인 존재론적 전제에서 출발하고 있는데, 먼저 비이행성<sup>9)</sup>은 세계의 인과적 구조와 ‘발생적 메커니즘’(generative mechanism)은 인간의

---

9) 비판적 실재론에서는 과학에 관한 지식을 이행적(타동적) 측면과 비이행적(자동적) 측면으로 구분하여 이해한다. 먼저 지식의 이행적 측면은 자동차를 만들고 의자를 만들듯이 인간이 만들어낸 사회적 활동의 산물로서의 지식을 의미하며, 반면 비이행적 측면은 수은의 중량이나 전기분해의 과정처럼 인간이 만들어 내지 않은 사물에 대한 지식을 의미한다(이영철, 2006).



지식과 무관하게 존재하고 있다는 것을 의미하며, 초사실성이란 개방체제이든 폐쇄체제이든 간에 관계없이 자연의 법칙은 보편적으로 작용하고 있다는 것으로서 이는 사상(things) 및 구조의 경향(tendency)과 힘(powers)인 인과법칙이 인간의 확인조건과 관계없이 필연적으로 작용한다는 것을 의미한다. 그리고 층화란 세계가 ‘실재적(real) 영역, 현실적(actual) 영역, 경험적(empirical) 영역’으로 층화 및 구조화되어 있다는 것을 의미하며, 이러한 층들은 서로 다른 하나의 층으로 환원될 수 없는 ‘발현성’(emergence)을 지니고 있다고 본다. 따라서 사회구조와 인간행위 역시도 각자 고유한 ‘인과력’(causal power)을 가지고 있으면서 서로에게 환원될 수 없는 것으로 인식한다(신희영, 2008).

이와 같은 존재론은 사회구조를 ‘경험주의’의 존재론(층화의 무시)과 ‘해석주의’의 존재론(독립된 구조의 부정)과는 다르게 인간의 지식과는 존재론적으로 독립해 있으나 인과적으로 독립적이지 않은 것으로서 실재의 영역에 위치시키고 있다(신희영, 2008). 따라서 이러한 비판적 실재론을 토대로 하는 형태발생론은 구조만을 강조하는 구조의 ‘물화’(reification)나 반대로 행위만을 강조하는 행위의 ‘환원주의’(reductionism)라는 양극단의 오류에서 벗어나 이 둘을 균형 있게 고려할 수 있는 설명구조를 가진다.

한편 Giddens(1984)의 ‘구조화’(structuration)이론도 형태발생론과 마찬가지로 구조와 행위에 대한 균형 잡힌 관점에서 양자가 상호작용한다는 이론적 접근법을 제시하고 있지만, 이 두 이론은 각자 토대로 하는 철학적 차이에 따라 구조에 대한 근본적인 인식차가 존재한다(Archer, 2010).

구조화이론과 같은 현실주의(actualism)에서는 실재의 존재를 인정하지만 사건의 기저에 있어서 관찰 불가능한 구조의 존재는 부정한다. 즉, 구조는 실재하는 실체가 아니라 ‘이론적’ 실체에 불과하다는 것이다. 반면 형태발생론의 기초가 되는 비판적 실재론에서는 경험적으로 구조의 존재를 증명

할 수 없고 행위자에 의해 직접 경험되지 않는다고 하더라도 사건의 결과에 인과적 힘을 발휘하는 구조가 실재한다고 인식한다. 따라서 현실주의가 구조란 단순히 분석을 위한 비실재적 존재이기 때문에 구조의 독립적 인과력을 설명할 수 없다는 입장인데 반해, 비판적 실재론의 경우에는 구조 자체의 독립적 인과력이 존재한다는 입장을 가진다(김선희, 2009b).

이에 따라 구조화이론에서는 구조와 행위가 융합된 ‘구조의 이중성’(duality of structure) 개념을 중심으로 하면서 가상적인 구조는 행위자의 인지와 수용을 바탕으로 ‘현시화’(instantiation)된다고 주장하였는데, 바로 이 점이 행위에 ‘앞서’ 실제 존재하는 구조를 가정하는 형태발생론과의 중요한 구별점이다. Archer는 구조화이론은 구조와 행위의 차이가 생략된 채 상호 구성적으로 융합적 관계에 머물러 있기 때문에 시간의 흐름에 따른 상호작용을 규명하는데 한계가 있다고 비판하면서, 이를 설명하기 위해 분석적 차원에서 구조와 행위간의 분리를 의미하는 분석적 이원론을 제시하였다(이성희 외, 2015).

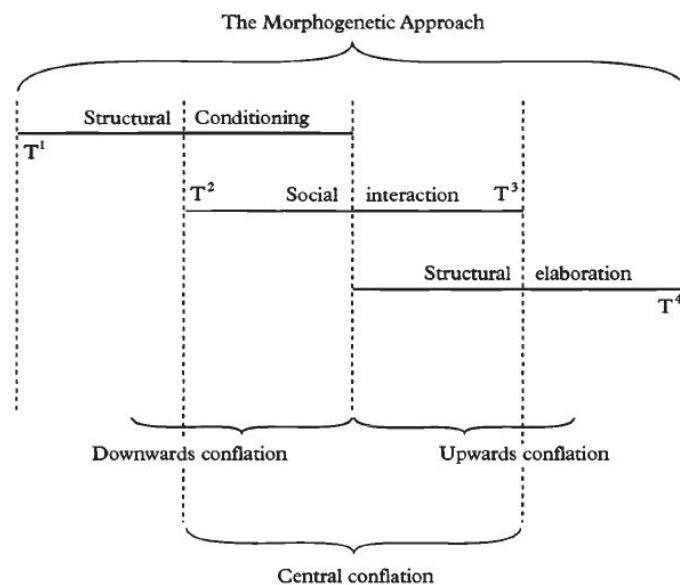
분석적 이원론은 “구조는 그것을 변형하는 행위에 논리적으로 앞서 존재하며, 구조적 정교화(변화)는 그러한 행위 뒤에 온다.”는 존재론적 가정에 기반하고 있는데, 이러한 가정은 형태발생론적 주기가 ‘구조적 조건화→사회적 상호작용→구조적 정교화’라는 세 단계로 구성되도록 하며, 마지막 단계인 ‘구조적 정교화’는 다시 그 다음 주기의 ‘구조적 조건화’로 작용하면서 계속해서 주기가 이어지도록 만든다.

Archer는 다음과 같은 시간 주기(그림3)를 제시하며, 구조를 강조하는 ‘하향적 융합’(downwards conflation)은 구조가 행위를 결정하는 데 설명의 초점을 맞추어 그 설명이 T2이상을 벗어나지 못하는 반면에, 행위를 강조하는 ‘상향적 융합’(upwards conflation)은 T2이전의 사건들은 고려하지 않고 T3까지만 초점을 맞추는 한계가 있다고 지적하였다. 또한 구조화

이론의 경우에도 구조와 행위의 상호작용에만 경도되어 이 둘을 분석적으로 분리해 내지 못한 채 시간 상 T2~T3까지 만의 설명을 제공하는 한계가 있지만, 형태발생론에서는 바로 분석적 이원론을 통하여 T1~T4까지를 포괄적으로 설명해 낼 수 있다고 주장하였다(이성희 외, 2015).

이처럼 형태발생론에서 시간변수는 단순히 사건이 발생하는 것에 대한 매개 요소가 아니라 형태발생론적 주기의 세 단계를 순차적으로 설명하고 구조와 행위의 상호작용을 이론화하는 데 있어서 필수적인 개념임을 알 수 있다(이성희 외, 2015).

그림 3. 형태발생론적 주기



자료: Archer(1995, p.82)

이상의 논의를 요약하자면, Archer의 형태발생 사회이론은 비판적 실재론을 바탕으로 하면서 분석적 이원론이라는 방법론을 통하여 시간성에 대한 고려, 거시적 구조와 미시적 행위 변수의 분리와 연계 등을 토대로 사회시

시스템의 연속과 변화 메커니즘을 설명하고자 하는 이론으로 이해할 수 있다 (김선희, 2008).

## 2. 형태발생 사회이론의 설명구조<sup>10)</sup>

형태발생 사회이론에서는 사회구조의 연속과 변화 과정을 시간에 따른 구조와 문화, 행위자 사이의 상호작용을 포함하는 ‘구조-문화적 주기’로 파악하는데, 이러한 주기는 다음과 같이 3단계의 과정으로 구성된다.

### 1) 구조·문화적 조건화

형태발생 주기의 첫 번째 단계에 해당하는 ‘구조·문화적 조건화’는 행위자가 직면하게 되는 상황에 있어서의 객관적인 제약조건으로 구조와 문화의 영향력, 즉 구조·문화적 조건은 시스템의 발현적 속성과 이에 따른 상황 논리를 통해 파악될 수 있다.

시스템의 발현적 속성은 기득권 연합의 구조·문화적인 관계적 속성에 따라 구성된다. 기득권 연합의 관계적 속성은 두 가지 측면으로 구성되는데, 하나는 물질 구조적 측면에서 기득권 연합이 가지는 이해관계의 상호의존성 정도를, 다른 하나는 문화 이념적 측면에서 기득권 연합이 가지는 지배 가치의 사회적 수용성 정도를 의미한다. 전자는 ‘필요적(necessary)/조건적(contingent)’인 경우로, 후자는 ‘양립가능(compatible)/양립불가능(incompatible)’의 경우로 설명될 수 있는데, 행위자간 관계적 속성으로 규

---

10) Archer(1995)의 형태발생론의 설명구조는 김선희 논문(2008, 2009a)에 제시된 내용을 요약, 정리하였다.

정된 이와 같은 구조와 문화의 발현성은 행위자의 행동방향을 결정하는 상황논리를 이끌어 낸다.

구조·문화의 발현적 속성의 결합에 따른 각각의 상황논리는 다음과 같다.

첫째, ‘필요적/양립가능’한 경우는 구조·문화적으로 ‘보호’(protection)의 상황논리가 형성된다. 기득권 연합 간 필요적 이해관계를 형성하고 있고, 지배가치에 대한 사회일반의 정서가 양립가능하기 때문에 기득권 연합은 기회비용이 크지 않은 가운데 자신들의 기득권을 유지하기 위한 보호적 상호작용을 할 수 있는 상황이 된다.

둘째, ‘필요적/양립불가능’한 경우는 구조적으로 ‘타협’(compromise), 문화적으로 ‘혼합을 통한 수정’이라는 상황논리가 형성된다. 기득권 연합 간 필요적 이해관계가 구축되어 있는 상황에서 사회일반의 가치가 기득권 연합의 지배가치와 양립하지 않는 조건과 결합될 경우에는 기득권을 유지하기 위해 기존 체계를 수정하는 것과 같이 상호 타협을 하는 것이 합리적인 상황조건이 형성된다.

셋째, ‘조건적/양립가능’한 경우는 구조적으로 ‘기회주의’(opportunism), 문화적으로 ‘자유행동’(free play)이라는 상황논리가 형성된다. 사회일반의 정서가 기득권 연합의 지배가치에 수용적인 상황인 경우, 기득권을 유지하기 위해서는 기존 체계를 유지하는 것이 기회비용을 고려할 때 합리적이기 때문에 기득권 연합은 자신들의 이해와 결부되는 사항에 대해서만 연합관계를 유지하는 상황조건이 형성된다.

넷째, 기득권 연합 간 이해관계도 조건적이고 기득권 연합 간 지배가치가 공유되어 있지 않거나 사회일반의 정서도 지배가치에 대한 수용성이 낮아 양립불가능한 조건인 경우에는 기득권 연합 간 구조적으로 ‘배제’(elimination), 문화적으로 ‘선택 강요’(choice forcing)라는 상황조건이

형성된다(김선희, 2009a).

## 2) 사회적 상호작용

구조·문화적 조건화가 형성된 이후 행위자는 각자의 협상지위와 교섭 강도를 바탕으로 사회적 상호작용을 하게 되고 그 결과로 시스템의 재생산(유지) 혹은 변형이 나타나게 된다. 이 때, 적극적이고 주체적인 행위자는 구조와 문화의 영향력을 그대로 수용하는 것이 아니라 주어진 조건의 제약 하에서 자신이 무엇을 할 것인가를 선택하게 된다.

첫째, 필요적이고 양립가능한 경우는 구조·문화적으로 ‘보호’의 상황논리가 형성되면서 행위자는 ‘방어적’(defensive) 행태를 나타낸다.

둘째, 필요적이고 양립불가능한 경우는 구조적으로 ‘타협’, 문화적으로 ‘혼합을 통한 수정’이라는 상황논리 속에서 행위자는 ‘양보적’(concessionary) 행태를 나타낸다.

셋째, 조건적이고 양립가능한 경우는 구조적으로 ‘기회주의’, 문화적으로 ‘자유행동’이라는 상황논리 속에서 ‘기회주의적’(opportunistic) 행태를 나타낸다.

넷째, 조건적이고 양립불가능한 경우는 구조적으로 ‘제거’, 문화적으로 ‘선택 강요’라는 상황논리 속에서 ‘경쟁적’(competitive) 행태를 나타낸다(김선희, 2009a).

표 5. 발현적 속성에 따른 상황논리와 상호작용유형

발현적 속성	구조적 상황논리	문화적 상황논리	상호작용 유형
필요적/양립가능	보호	보호	방어적
필요적/양립불가능	타협	혼합 수정	양보적
조건적/양립가능	기회주의	자유 활동	기회주의적
조건적/양립불가능	제거	선택 강요	경쟁적

자료: 김선희(2008, p.86)

### 3) 구조·문화적 정교화

주기의 마지막 단계인 ‘구조·문화적 정교화’ 단계에서 시스템의 연속과 변화 여부가 결정된다. 시스템의 연속은 기득권 연합이 서로 권력을 유지하기 위하여 상호의존적인 경우이거나 그들의 이념이 사회전반에서 수용되어 양립가능한 경우에 ‘보호’ 및 ‘방어’의 행태를 보이면서 나타난다. 즉, 필요적이고 양립가능한 발현적 속성이 나타나는 경우 안정적인 패턴의 ‘형태균형 주기’(morphostatic cycle)가 유지된다.

필요적 관계이면서 양립불가능한 경우에도 구조와 문화 어느 한 쪽에서 필요적 보완관계가 나타날 경우에는 시스템의 재생산이 이루어진다. 구조와 문화의 형태유지 성향은 엘리트와 물질적 자원의 집중으로 주도권을 권혜게모니 집단이 자신들의 이념을 사회에 재생산시킴으로써 문화적 동질성을 유지해가기 때문에 안정적인 상황을 유지해 간다고 볼 수 있다.

반면, 기득권 행위자가 서로 경쟁적인 구조·문화적 지향을 갖는 경우에는 시스템의 변형이 나타난다. 기득권 연합사이의 이해관계가 조건적으로 변화될 경우 기존 시스템의 변형을 모색하게 되지만, 문화적 이념이 양립가능한 조건일 경우 변화가 나타나지는 않는다. 그러나 기득권 연합 간 조건적 관계와 양립불가능한 문화적 조건이 결합할 경우에는 ‘상호 경쟁’ 및

‘배제’와 같은 상황논리가 도출되면서 불안정한 ‘형태발생 주기’(morphogenetic cycle)가 나타나 결국 변화가 발생하게 된다(김선희, 2009a).

### 3. 형태발생 사회이론을 활용한 국내 선행연구

Archer의 형태발생 사회이론 모형을 구체적인 사례 분석에 활용한 국내 연구는 아직까지 드문 실정으로서 현재까지 선행연구를 살펴보면 다음과 같다.

먼저 국내 처음으로 형태발생론 모형을 연구에 활용한 이해영(1992)은 Archer의 형태발생론적 접근인 ‘교육팽창 메커니즘 분석모형’을 토대로 한국의 대학정원 결정체계의 변화를 분석하였는데, 그 결과 교육체계가 가지는 고유한 자율적 속성과 함께 각자 상이한 행위논리를 가지는 행위자들(대학, 산업, 정부, 학생 및 학부모) 사이의 복합적인 상호작용을 통해 변화가 발생하는 것으로 분석하였다.

그리고 최광용(2012)은 형태발생론을 활용하여 2006년 저작권법 개정 이후 5년간 음악과 영화의 저작권 환경 변화에 따른 행위자간의 대응메커니즘의 차이를 비교분석하였는데, 음악시장의 경우는 음반 산업의 침체와 디지털 음원 시장의 빠른 성장 속에 위기의식을 느낀 저작권자들이 적극적인 대응에 나선 결과 우월적 지위의 교섭강도를 확보함으로써 형태안정 상태에 이른 반면에, 영화의 경우는 부가시장의 고사와 극장매출이 거의 대부분을 차지하는 구조적 특성 때문에 저작권 침해에 대한 대응이 비교적 느슨하게 이루어졌고 그 결과 낮은 협상지위와 교섭강도를 가지게 된 상황에서 스마트폰이 도입됨으로써 불안정한 형태발생 주기로 전환된 것으로



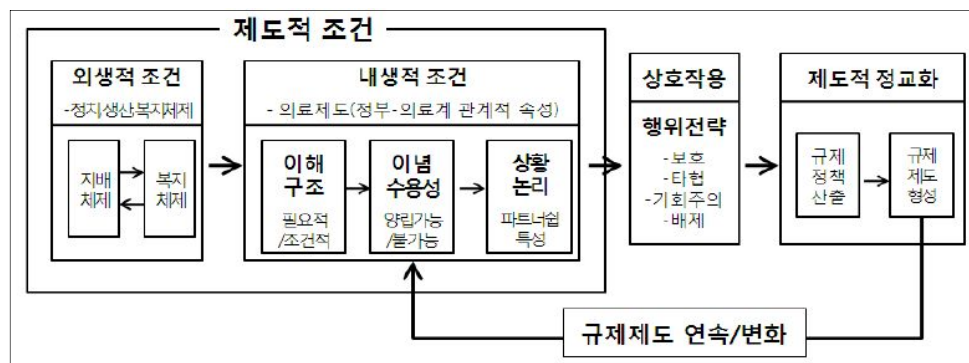
분석하고 있다.

한편 형태발생론을 활용한 보건의료 분야의 선행연구로는 국내 의료보험 규제정책의 제도적 조건과 메커니즘을 분석한 김선희(2008)의 연구가 있다.

김선희(2008)는 Archer의 형태발생 사회이론이 구조적 차원의 연속과 변화를 설명하기 위한 모형으로 개발되었지만, 정책변화가 제도 진화의 관점에서 이루어진다는 점을 고려한다면 기존 ‘역사적 제도주의’<sup>11)</sup>의 대안적 설명구조로서 정책변화를 설명하는 모형으로 활용될 수 있다고 판단하고, 해당 연구사례의 분석에 적합하도록 모형을 재구성하여 활용하였다.

보건정책변동에 형태발생론을 수정하여 활용한 김선희(2008) 연구모형에 대하여 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.<sup>12)</sup>(그림4)

그림 4. 의료보험 규제정책 변화의 메커니즘 분석틀



자료: 김선희(2008, p.102)

11) 역사적 (신)제도주의(historical institutionalism)란 제도를 역사적 산물이라고 파악하고 특정 시점에 형성된 제도는 상당 기간 지속되어 그 이후의 사회 현상에 계속해서 영향을 미친다고 보는 관점으로서 정치, 경제, 사회 현상을 ‘제도’와 ‘역사’를 중심으로 설명하고자 이론이다(신선희, 2015).

12) 김선희 논문(2008, 2009a)내용을 참고하였다.

먼저 김선희(2008)는 제도주의에서 논의하는 제도의 구성이 이해관계 측면의 구조와 이념 측면의 문화로 이루어짐을 고려하여 사회시스템의 구조·문화적 조건을 ‘제도적 조건’으로 대체하였고, 내생적 제도의 환경적 변수로 외생적 제도를 고려하기 위하여 제도적 조건을 ‘외생적 조건’과 ‘내생적 조건’으로 구분하였다.

그리고 사회적 상호작용은 구체적으로 행위자가 상호작용 과정에서 행하는 행위전략으로 나타나기 때문에 ‘행위전략’ 개념으로 대체하였으며, 물질적 구조는 ‘이해구조’, 이념적 문화는 ‘이념수용성’으로 개념화하였다.

구조·문화적 정교화는 행위자간 상호작용의 결과 구체적인 정책 산출이 나타난다는 점과 제도의 하위 범주로 정책을 설정할 수 있음을 고려하여 정책 산출과 제도 형성을 포함하는 개념인 ‘제도적 정교화’ 개념으로 대체하였다.

그리고 분석모형에 포함된 하위 개념들도 다음과 같이 재정의하였다.

먼저, 의료정책의 외생적 조건은 내생적 조건인 의료제도에 영향을 주는 정치·경제적 지배체제와 복지체제가 상호연계된 형태를 의미하며, 의료정책의 내생적 조건인 의료제도는 의료정책 영역에서 기득권연합인 정부와 의료계의 관계적 속성을 의미한다고 정의하였다.

또한 이념수용성은 이해구조의 활성화 조건으로 기능하며 변화추진의 상황조건이 되는 것으로 설정하였고, 정부와 의료계가 호혜적인 관계를 지속적으로 유지한다는 측면을 강조하기 위하여 ‘파트너십 특성’을 상황논리 개념에 대응시켜 활용하였다.

마지막으로 의료보험제도의 역사적 발전과정을 ‘임의보험기, 강제보험기, 전국민보험기, 통합보험기’의 네 주기로 구분하여 메커니즘을 분석하고 있는데, 각 주기별 결과를 정책의 ‘발아, 형성, 유지, 발생’이라는 진화과정을 통해 제도의 연속과 변화의 패턴이 나타나는 것으로 설정하여 분석하고 있

다.

이와 같이 김선희(2008)는 기존의 정책변동을 설명하는 모형들의 한계를 극복하기 위한 방편으로 Archer의 형태발생 사회이론 모형에 역사적 제도주의의 개념을 접목한 재구성을 통하여 분석에 활용하였음을 확인할 수 있다.

### 제3절 2007년 의료급여정책변동에 관한 선행연구 검토

#### 1. 정책결과를 분석한 연구

2007년 의료급여정책 변동에 관련한 선행 연구를 살펴보면 주로 본인부담제와 선택병의원제 등의 수급권자의 의료이용을 제한하는 정책이 도입됨에 따라 급여일수, 진료비용 등의 의료이용량이 얼마나 감소하였는지를 실증적으로 분석한 연구가 다수를 이루고 있다.(표6)

즉, 급여재정의 효율성 측면에서 변화된 제도가 재정절감이라는 정책목표달성에 얼마나 효과적이었는지에 주목한 연구는 많이 이뤄졌지만, 정작 이러한 변화가 수급권자의 필수 의료이용과 건강상태에 어떠한 영향을 미쳤는지를 살펴본 연구는 전무한 실정이었다.

표 6. 2007년 의료급여제도변화가 의료이용에 미친 영향을 분석한 선행연구

문헌	분석 대상 및 방법	분석 결과
김기중 (2012)	전남 농어촌 소재1개 민간병원의 원무과자료 및 요양급여비 명세서를 통하여 시행전 1년과 시행후 3년간 외래이용 변화를 분석함.	시행전 1년과 시행후 1년 비교에서 환자수, 외래이용횟수가 유의하게 감소함. 시행후 3년간 본인부담적용자의 외래이용은 지속적으로 감소함.
김민정 (2014)	2012년 경남 일개시 선택병의원지정 의료급여 수급권자 중 1개 이상 만성질환자 200명 대상으로 지정 전 1년간과 지정 후 의료이용특성과 진료비 변화를 공단자료를 활용하여 분석함.	총 급여일수와 이용하는 의료기관 수는 대부분 감소하였으나 입원일수와 진료비는 대부분 증가함.
박경자 (2008)	시행전 2007년 1월~3월과 시행후 2008년 1월~3월간 서울소재 1개 국립종합병원 약2만건의 요양급여비 명세서 통하여 정책변화의 영향분석함.	정책시행 후 외래방문건수는 감소하였고 환자 수 및 총진료비는 증가함.
박철용 (2013)	공단의 의료급여 정보를 이용하여 2007년7월1일 제도도입 전후 각 2년간 약37만명 연구대상자의 진료내역	정책변화 이후 외래진료 일수와 진료비 모두 유의하게 감소함. 대부분의 질환에서 입원일수는 소폭 증가함.

	을 활용하여 의료급여제도 정책변화의 영향분석함.	
홍선우 (2009)	2007년 ‘수급자 의료이용 및 건강실태’ 조사자료와 공단의 의료급여청구 자료를 연계하여 본인부담제가 1종 수급권자 2,510명의 의료이용에 미친 영향 분석함.	제도 후 투약진료비를 제외한 다른 모든 의료이용 즉, 외래내원일수, 외래진료비, 투약일수, 총진료비가 유의하게 감소함.

## 2. 정책변동을 분석한 연구

2007년 의료급여정책의 변동 과정을 분석한 선행 연구로는 Kingdon의 ‘정책흐름모형’을 활용한 문만숙(2015)의 연구와 Fairclough의 ‘비판적 담론분석틀’을 활용하여 정책변동을 둘러싼 찬반 진영의 담론을 분석한 나영희(2010)의 연구가 있다.

먼저 문만숙(2015)의 연구에서는 정책흐름모형의 설명구조를 따라 ‘의료급여재정의 급증, 수급권자의 도덕적 해이, 국민보고서 발표’라는 ‘문제’(problem)의 흐름과 ‘참여정부의 정책기조, 보건복지부장관의 강한 개정 의지, 시민단체와 여론 및 국민적 관심 미미, 수급권자의 입장이 반영되지 않은 점과 국가인권위원회의 의견표명 및 시민단체의 헌법소원 제기, 대한 의사협회의 반대성명서 발표’라는 ‘정치적’(political) 흐름 그리고 ‘보건복지부의 개정안’이라는 ‘정책대안’(policy)의 흐름, 이 세 가지 흐름이 독립적으로 흐르다가 ‘대통령 주재 재원배분회의’라는 우연한 기회에 결합하여 정책의 창이 열림으로써 정책결정이 이루어졌다고 분석하고 있다.

그런데 이러한 설명방식으로는 정책변동 요인간의 어떠한 상호작용과 인과관계가 있었는지를 규명하기 어렵고, 따라서 당시 정책변화 과정을 깊이 있게 이해하는데 한계가 있다.

또한 보건복지부 장관의 강한 개정의지에 비해 시민사회단체나 여론의 반대여지가 약하였기 때문에 정책변동이 이루어졌다는 설명도 당시 수많은 시민사회단체들이 연대체를 결성하여 조직적인 반대운동을 전개한 사실, 즉 수차례 반대성명을 내면서 장관의 사퇴를 요구하고 국가인권위원회에 긴급구제를 신청하면서 헌법소원을 제기하는 등 다양한 방식의 저항운동이 존재했던 사실(나영희, 2010)에 비춰 볼 때 충분히 반론이 제기될 수 있는 부분이다.

다음으로 나영희(2010)의 연구에서는 Fairclough의 비판적 담론분석틀을 활용하여 2007년 의료급여정책 변동 과정에서 나타난 담론지형들을 3단계 시기별로 구분하여 분석하고 있다. 정부와 주요 보수언론 등의 의료급여개정담론과 시민사회단체연합과 국가인권위원회 등의 대항담론진영 간의 대결 양상 속에서 ‘건강권’과 ‘인권’을 앞세운 대항담론이 정치적 이슈로 부각하는데 실패하면서 ‘개인책임’과 ‘지속가능성’을 앞세운 개정담론의 우위 속에 정책변동이 일어났다고 설명하고 있는데, 정책 변화를 둘러싼 직접적인 담론들인 문서화된 정보만을 분석대상으로 삼는 담론연구의 특성상 정책변동에 영향을 미쳤지만 담론생성에서 제외된 요인들을 분석에 포함하지 못한 점을 한계로 볼 수 있다.

따라서 본 연구에서는 이러한 기존 연구의 한계점을 극복하기 위하여 다양한 자료원을 통한 상세한 정보를 확보하고 정책변동의 인과기제를 설명할 수 있는 형태발생론 모형을 활용한 분석을 통하여 보다 현실적합성이 높은 설명을 제시하고자 한다.

표 7. 2007년 의료급여정책변동을 분석한 선행연구

문헌	분석모형	주요 연구 내용 및 한계점
문만숙 (2015)	Kingdon의 정책흐름모형	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 세 가지 흐름이 독립적으로 흐르다가 ‘대통령 주재 재원배분회의’라는 우연한 기회에 결합하여 정책의 창이 열려 정책결정이 이루어졌다고 분석함.</li> <li>- 정책변동 요인간의 인과관계를 설명하는데 한계가 있음.</li> <li>- 장관의 강한 개정의지에 비해 시민단체의 반대의지가 약했기 때문에 정책변동이 이루어졌다는 설명은 사실성 여부에 의문이 제기됨.</li> </ul>
나영희 (2010)	Fairclough의 비판적 담론분석틀	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정부의 의료급여개정담론과 시민단체의 대항담론 진영 간의 대결 양상 속에서 건강권을 앞세운 대항담론이 정치적 이슈로 부각하는데 실패하면서 제도의 지속가능성을 앞세운 개정담론의 우위 속에서 정책변동이 일어난 것으로 분석함.</li> <li>- 정책변동에 영향을 미쳤지만 담론에서 제외된 요인들을 분석에 포함하지 못한 한계가 있음.</li> </ul>

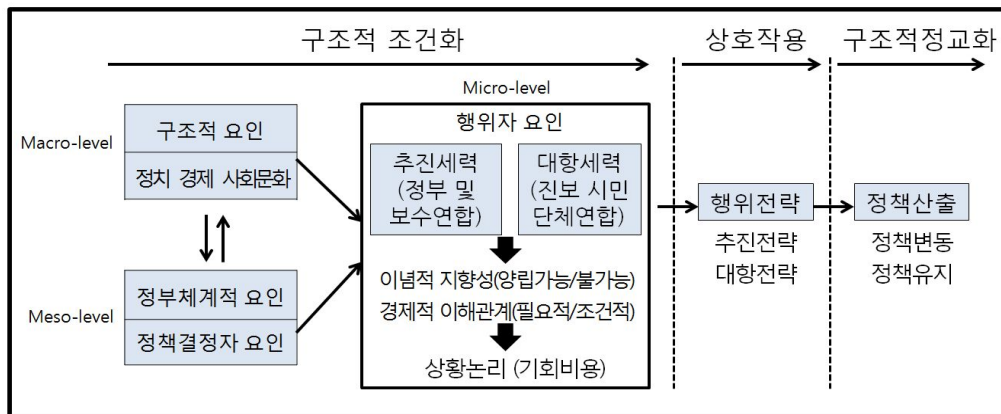
## 제3장 연구 모형

### 제1절 연구 모형의 구성

본 연구에서는 Archer(1995)의 형태발생론 모형을 재구성하여 정책변화의 제도적 조건과 메커니즘 분석에 활용한 김선희(2008)의 연구 모형을 토대로 2007년 의료급여정책의 변동을 분석하고자 한다.

김선희 연구(2008)에서는 기득권연합인 정부와 의료계 간의 관계적 속성의 변화에 중점을 두고 의료보험 규제정책의 장기간 변동을 네 주기로 나누어 분석하였는데, 본 연구에서는 정부와 보수연합 대 진보적 시민사회단체 간의 대결 양상을 보인 단기간의 단일 정책변동 사례를 다루는 것이므로 이에 맞게 선행연구모형을 다음과 같이 재구성하여 분석에 적용하고자 한다.(그림5)

그림 5. 형태발생론을 활용한 의료급여정책 변동 분석 모형





먼저 김선희(2008)의 연구 모형(그림4)에서 외생적 제도조건에 해당하던 ‘정치·생산·복지체제’를 본 연구에서는 거시적 수준(macro-level)의 ‘정치·경제·사회문화적’ 구조요인과 중범위 수준(meso-level)의 ‘정부체계적 및 정책결정자’ 요인으로 구분하여 재구성하였다. 이는 본 연구사례가 정부 주도로 발생한 정책변동 사건이었기 때문에 정부 내부의 정책결정과정에 요인에 초점을 맞춘 상세한 분석이 필요하다고 판단하여 위와 같이 재구성하였다.

그리고 ‘내생적 조건’은 미시적 수준(micro-level)의 정책추진·대항세력의 ‘정책행위자’ 요인으로, ‘이해구조’와 ‘이념 수용성’ 개념도 각각 ‘경제적 이해관계’와 ‘이념적 지향성’ 개념으로 전환하였다.

여기서 ‘경제적 이해관계’란 의료급여제도의 재정지출의 확대와 축소에 대한 각 정책세력의 입장으로, ‘이념적 지향성’은 의료급여제도에 대한 각 정책세력의 기본신념을 의미하는 것으로 설정하였다<sup>13)</sup>.

그리고 거시적 구조 요인과 정부체계적 요인은 서로 영향을 주고받으며, 이 두 상위수준의 요인이 미시적 수준(micro-level)의 ‘정책행위자’ 요인에 대해 영향력을 미치고 있는 것으로 관계를 설정하고 도식에 방향을 표시하였다<sup>14)</sup>.

마지막으로 본 연구는 한 주기의 정책변동 메커니즘만을 분석하기 때문에 정책 산출에 따른 제도적 차원의 변화와 이것이 다음 주기로 영향을 미치는 환류 요인은 분석에 포함시키지 않았다.

---

13) 원래 형태발생 사회이론의 ‘이념적 수용성’은 기득권 연합의 지배가치에 대한 사회적 수용성을 의미하는 것이지만, 본 정책 사례의 경우 시민단체연합을 기득권 연합으로 적용하는 것이 적합하지 않으므로 이를 대체하여 ‘이념적 지향성’ 개념을 적용하였다.

14) 본 사례와 관련하여 정부체계적 요인이 상위수준의 구조적 요인에 영향을 미치는 경우를 예를 들면, 정부의 복지확대 정책기조가 정치권의 비협조적인 태도를 더욱 강화시키면서 중산층을 중심으로 한 반복지 정서가 확산되도록 영향을 미쳤던 사실이 이에 해당한다고 볼 수 있다.

## 제2절 연구 모형의 적합성 검토

보건의료정책의 변동을 분석한 기존 연구에서는 주로 정책네트워크 모형이나 정책흐름모형, 옹호연합모형 등이 많이 활용되었다(김선희, 2008). 따라서 형태발생론의 대안이 될 수 있는 이러한 경쟁모형들이 본 정책사례 분석에 부적합한 점을 제시함으로써 본 연구모형의 타당성을 높일 수 있을 것이다.

우선 본 정책사례를 분석한 선행연구(문만숙, 2015)에서 활용되기도 했던 정책흐름모형은 문제와 정치, 정책대안의 세 가지 흐름이 독자적으로 흐르다가 우연한 기회에 결합하여 정책 변화가 발생한다는 설명구조(정정길 외, 2016)를 가지는데, 정책결정자의 역할에 주목하는 점은 본 사례와 적합할 수 있지만 변동의 ‘우연성’에 초점을 맞추기 때문에 본 연구의 목적인 정책변동의 인과기제를 규명하는데 어려움이 있다.

그리고 정책네트워크모형은 정책행위자들 간의 관계적 특성과 네트워크 간 상호작용을 중시하는 설명구조(정정길 외, 2016)를 가지고 있으나, 정책흐름모형과 마찬가지로 정책변동에 대한 인과적 설명력이 떨어진다는 점에서 동일한 한계점을 지니고 있다.

반면에 옹호연합모형은 안정적 변수와 역동적 변수와 같은 외적 요인의 영향 속에서 정책하위체계인 찬성과 반대의 옹호연합 간의 대립과 갈등 속에 정책 산출이 이뤄진다는 설명구조(정정길 외, 2016)를 가지고 있어서 본 연구모형인 형태발생론과 유사성이 높다고 볼 수 있다.

그러나 다음과 같은 이유로 형태발생론에 비해 본 연구사례에 대한 적합성이 떨어진다고 판단하였다.

첫째, 본 연구사례에서는 ‘정책중개자’가 존재하지 않는다. 옹호연합모형의 설명방식처럼 이익집단의 갈등 속에 정부가 중개자로서 역할을 했다고 보다는 가장 적극적으로 정책을 추진하는 정책옹호자의 한 축에 해당하였다.

둘째, 옹호연합모형은 기본 10년 단위의 장기간 정책변동을 분석하는데 적합한 모형으로 설계되었으나, 본 연구사례는 불과 1~2년의 단기간 정책변동을 다루고 있다는 점에서 적합하지 않다.<sup>15)</sup> 또한 그렇기 때문에 옹호연합모형에서 말하는 장기간 변동에 적용되는 ‘정책학습’의 개념도 적용되기 어렵다.

셋째, 옹호연합모형에서는 옹호연합 형성의 동인을 ‘신념’이라고 설명한다. 그러나 2007년 정책 변동에서 기독교 연합은 정부와 보수 세력 간의 정치적 이념과 정책적 지향성이 동일했다고 보기 어렵지만 의료급여제도의 재정문제에 대한 경제적 이해관계 측면에서 서로 일치하였기 때문에 ‘느슨한’ 연대를 형성할 수 있었다. 따라서 이와 같이 연합형성의 조건으로 경제적 이해관계와 이념적 지향성을 모두 고려하는 형태발생론이 본 사례에 더욱 부합하는 설명을 제시할 수 있을 것이다.

이상의 검토를 통해 본 연구에서는 이러한 기존 모형들의 한계를 보완할 수 있는 형태발생론을 본 정책변동사례의 분석모형으로 선택하여 활용하고자 한다.

---

15) 물론 형태발생론 역시 장기적인 사회구조의 변화를 분석하는데 적합한 모형으로 설계되었기 때문에 이 점에 있어서는 두 모형 다 본 연구사례에 대한 적합성이 떨어지는 것으로 이해할 수 있다.

## 제4장 분석 결과

### 제1절 2007년 의료급여정책 변동 사례 개요

본 절에서는 연구모형을 통한 분석에 앞서 당시 정책변동 과정에서 발생 하였던 사건들의 개요를 시간의 흐름에 따라 살펴보고자 한다.

먼저 공식적으로 의료급여재정의 급증 문제가 주요 정책의제로 부상하였 음을 확인할 수 있는 시점은 유시민 보건복지부 장관이 취임('06.2.10)한 직후 발표되었던 '의료급여제도혁신 추진계획'('06.4.27;이하 추진계획)부 터이다.

'추진계획'에서 보건복지부는 그동안 의료급여제도가 적용대상, 급여범위 확대 등 양적 증대를 중심으로 운영된 결과 진료비가 급증하였지만 정작 수급권자와 의료공급자에 대한 체계적·효율적인 관리 등 질적 수준은 미흡 한 실정이라면서 적정의료를 유도하며 급여재정의 안정화를 위해 의료공급 자와 수급권자 및 관리체계에 대한 각종 대책을 마련해 나갈 계획이라고 밝혔다. 또한 이러한 제도개선안을 마련하고 공론화하기 위하여 학계 및 연구기관 등의 외부전문가와 관련부처 공무원으로 구성된 '의료급여제도 혁신위원회'(이하 혁신위원회)를 보건복지부 장관의 자문기구로 운영하기 로 하였다.

'추진계획'을 발표한 이후 5~7월 간 보건복지부는 부정청구가 의심되는 의료급여기관과 급여일수 과다이용자에 대한 대대적인 특별실사와 실태조 사를 실시하는 한편, 혁신위원회 내부에 3개의 분과위원회를 구성하여 구

체적인 제도개선과제를 논의하도록 하는 등 정책목표 달성을 위한 신속한 행보를 이어갔다. 이러한 재정 안정화를 위한 정부의 정책동향에 대해 일부 우려도 있었지만(신영전, 2006), 아직 구체적인 정책안이 도출되기 전이었으므로 시민사회 측에서는 별다른 입장표명 없이 관망하고 있었다.

그리고 보건복지부는 ‘의료급여혁신 종합대책 및 세부추진계획’(’06.7.28; 이하 종합대책)을 발표하면서 그간 ‘추진계획’에 따른 추진실적에 대한 중간평가 및 신규 정책과제를 제시하였는데, 바로 이 계획안에서 중장기 검토과제로서 수급권자에 대한 ‘본인부담제 및 인센티브제’ 도입방안이 처음으로 제시되었다. 이 밖에도 ‘주치의제도’나 ‘인센티브 카드제’ 도입방안 등이 검토 중에 있음을 밝혔다.

이어서 대통령의 8·15 경축사에서 ‘사회투자국가’<sup>16)</sup>라는 새로운 정책기조가 천명되었는데, 보건복지부는 이러한 정책기조에 따른 ‘사회투자정책 4대 역점과제(희망스타트 프로젝트, 아동발달지원계좌, 생애전환기 전 국민 건강진단, 고령친화형 지역특구)’(’06.8.21)를 발표하면서 국가 장기종합전략인 ‘비전 2030’과 관련하여 보건복지분야에 대한 중장기 실천전략을 마련할 예정이라고 밝혔다<sup>17)</sup>.

이러한 정부의 변화된 정책기조의 흐름 속에서 추석 명절 직후 유시민 보건복지부 장관은 ‘의료급여 제도혁신에 대한 국민보고서’(’06.10.09; 이하 국민보고서)를 발표한다. 이 보고서에서 유 장관은 의료급여재정의 급증 문제에 대한 원인으로 우선 정부의 부실한 제도설계와 방만한 행정을 지적

---

16) ‘사회투자국가’(Social Investment State)란 ‘인적자본과 사회자본에의 투자를 통해 시민들의 경제활동 참여기회를 확대하고, 더 나은 일자리를 갖게 함으로써 경제성장과 사회통합을 동시에 추구하는 국가’라는 기든스의 이론을 토대로 한 참여정부 후반의 복지정책기조를 의미한다(보건복지부, 2006i).

17) 사회투자 정책기조의 추진원칙 가운데 하나가 “사회보험·공적부조 등을 통한 소득분배 중심에서 시장에서의 경제활동능력의 강화를 통한 가능성과 기회분배 중심으로 전환한다.”는 것이었는데, ‘비전2030’의 50대 핵심과제로 주어진 보건복지부의 6가지 소관과제 중 첫 번째 제도혁신과제가 바로 이러한 원칙과 맥락이 닿는 ‘의료급여제도 개편’이었다(보건복지부, 2006j).

하면서도 재정누수의 주요 원인은 수급권자의 도덕적 해이에 대한 제어장치가 부재하기 때문이라는 정책적 진단을 제시하고, 이에 대한 대책으로 주치의제도와 지정병원제도, 본인부담금제 등을 도입할 것임을 공식화하였다. 바로 이 국민보고서 발표를 기점으로 정책 도입에 반대하는 시민단체 연합과 정부 간의 본격적인 대결 구도가 형성된다.

국민보고서에 대해서 여러 시민사회단체들은 반대 입장을 표명하는 성명서를 발표하였지만, 보건복지부는 지체하지 않고 본인부담제와 선택병의원제 도입을 골자로 한 시행령('06.12.19)과 시행규칙('06.12.29) 개정안을 입법예고하였다.

이에 맞선 시민사회단체들은 다양한 방식의 반대 운동을 전개하였다. 우선 정부의 시행령 입법예고에 대한 반대 성명과 논평을 발표함과 동시에, 조직적 역량을 결집하고 효과적인 반대운동을 전개하기 위하여 '의료급여 개악안 저지를 위한 공동대책위원회'(이하 공대위)<sup>18)</sup>를 결성하였다.

공대위는 첫 번째 활동으로 국가인권위원회(이하 인권위)에 긴급구제신청 진정서를 제출하면서 의료급여 개악을 규탄하는 기자회견을 열었다('06.12.27). 그리고 정부가 시행령을 입법예고하면서 제시한 통계오독의 문제점을 지적하고 입법예고안에 대한 반대 의견서를 제출하는 등 정책도입의 정당성을 약화시키기 위한 노력을 기울였다.

그리고 '종교·인권·학술·의료·여성·빈곤·노동·농민' 등 100여개가 넘는 시민사회단체들이 참여한 시국선언 형식의 공동 기자회견과 항의집회('06.01.11)를 개최하여 정부를 강하게 압박하였고, 그로 인해 공대위 측 대표단과 유시민 장관과의 긴급면담이 이뤄졌지만('07.01.12) 입장 차이만 확인했을 뿐 별다른 합의점을 찾지 못하였다.

---

18) 공대위는 건강세상네트워크와 보건의료단체연합, 가건연 등 보건의료관련 단체들이 주축이 되어 결성되었고 이후 빈곤·노동·인권 분야 등 다양한 시민단체들이 동참하면서 연대의 범위를 확장시켜 나갔다.

이후 공대위는 해외 인권단체들에 연대를 촉구하는 편지와 유엔 건강권 특별보고관에게 긴급호소문을 발송하고 인권위의 적극적 행동을 촉구하는 기자회견을 개최하는 등 인권의 측면에서 정부를 압박하여 정책을 저지하고자 시도하였고, 그 결과 인권위에서 정부의 의료급여 개정안에 대해 “차별적 소지가 있고 공공부조의 원리에 저촉되는 측면도 있으므로 충분한 사회적 토론과 의견수렴 과정을 거쳐 신중히 추진하는 것이 바람직하다.”는 의견표명을 내도록 하는 성과를 얻었다('07.02.15).

그러나 보건복지부는 이러한 인권위의 의견표명에 대해 수용 거부 의사를 밝혔고, 결국 국무회의에서 시행령 개정안의 심의가 통과되면서('07.02.20) 정책시행을 위한 입법적 절차를 마무리되자, 곧 개정된 시행령('07.3.06)과 시행규칙('07.3.27)을 공포하면서 7월 1일 제도시행을 위한 본격적인 준비 작업에 착수하였다.

이러한 새로운 국면을 맞이하여 공대위는 내부 워크숍을 통해 의료급여제도와 관련된 지속적인 감시와 활동을 이어나가기로 결의하고 비상대책위원회 형태인 공대위에서 상시적 활동 체계인 ‘의료급여제도 개혁을 위한 공동행동’(이하 공동행동)으로 전환하며 ‘의료급여개악거부투쟁’을 지속하였다('07.3.30).

그러나 이후 정책 시행까지 3개월의 기간에 정부와 공동행동 측 간의 전면적인 갈등 양상은 나타나지 않는 소강 국면이 전개되었다. 그 사이 유시민 장관은 국민연금법 개정안이 국회에서 부결된 것에 대한 책임을 지고 자진사퇴를 하였으나('07.5.25), 변재진 차관이 후임 장관에 임명되면서 정책결정자의 교체로 인한 정책기조에 별다른 변화는 발생하지 않았다.

그런데 정책 시행을 불과 며칠 앞둔 시점에서 돌연 대한의사협회(이하 의협)에서 의료급여제도 개정에 반대하는 성명서를 발표하였다('07.6.29). 그리고 회원들에게 새롭게 시행되는 제도에 전면거부하고 수급권자들에게

본인부담금을 받지 말도록 방침을 내리는 한편 시민사회와 공동기자회견('07.7.10)을 개최하면서 공동투쟁노선을 구축하였다. 이로써 반대운동진영은 새로운 동력을 얻게 된 반면 정부는 정책을 조속히 정착시키려 했던 계획에 차질이 발생하며 사회적 이슈화로 인한 정치적 부담이 가중되었다.

그렇지만 의협을 제외한 나머지 의료공급자 단체들은 반대운동에 동참하지 않은 가운데 일선 의료기관 대부분이 협회의 방침에 따르지 않고 의료급여 자격관리시스템을 도입하게 되면서 집행부의 투쟁 동력은 약화되었고, 결국 의협은 정부 개정안대로 진료하도록 지침을 변경하면서 사실상 투쟁포기를 선언하였다('07.8.16).

반면 공동행동은 새로 도입된 제도로 인해 발생한 수급권자의 피해사례를 조사하면서 릴레이 거점 선전전과 '의료급여 수급권자 증언대회'('07.10.09)를 개최하는 등 지속적인 반대운동을 전개해 나갔다.

그런 가운데 보건복지부가 2008년부터 차상위계층 의료급여 수급권자를 단계적으로 건강보험으로 전환한다는 내용의 국민건강보험법 시행령 개정안을 입법예고하자('07.8.28), 정책투쟁의 이슈가 분산되면서 결과적으로 이미 도입된 정책들에 대한 반대운동의 동력이 약화되고 말았다.

최후의 수단으로 수급권자와 의협이 시행령과 시행규칙에 대한 헌법소원을 제기하였으나('07.9.27), 헌법재판소는 법정기한이 한참 지난 2년 뒤에야 헌법소원 심판청구를 기각 및 각하(시행령 '09.9.27; 시행규칙 '09.11.26)하는 결과를 발표하였고, 이로써 2007년 의료급여정책 도입과 관련된 사회적 논쟁은 공식적으로 종결되었다.



## 제2절 거시적 구조 요인

### 1. 정치적 구조 요인

본 연구에서는 정치적 구조 요인이 2007년 의료급여정책 변동에 어떠한 영향을 미쳤는지 파악하기 위하여 당시 대통령의 정책영향력과 국회 정당 요인, 이 2가지 측면에서 살펴보고자 한다.

#### 1) 대통령의 정책영향력

복지확대 정책기조를 내세우며 출범한 참여정부는 집권 이후 ‘참여복지 5개년계획’(’04.11월)과 ‘희망한국21-함께하는 복지’(’05.9월) 등의 로드맵을 제시하며 복지재정 확충을 통한 사회안전망의 내실화를 지속해가겠다는 계획을 발표하였는데, 이는 행정부의 최고 정책결정자인 대통령의 정책의지가 담긴 것으로 볼 수 있다.

대통령제를 채택한 민주주의 국가에서 대통령은 정책과정 전반에 대한 가장 영향력 있는 행위자이기 때문에(정정길 외, 2016), 이러한 로드맵에 따른 구체적인 정책들이 추진되기 위해서는 대통령의 정책영향력 또는 국정장악력이 결정적 요인으로 작용하게 된다<sup>19)</sup>.

‘대통령 지지율’<sup>20)</sup>은 대통령의 입법적 성공, 행정력 장악, 대국민 설득,

---

19) 대통령의 영향력은 대통령이 보유한 공식적인 자원 외에도 여러 가지 비공식적인 내적·외적 자원에 의해 결정되기도 하는데, 내적 자원은 시간, 정보, 전문지식, 에너지 등으로 구성되며 정치적 자본으로 불리는 외적 자원에는 정당의 지원, 대통령 지지율, 당선 득표율 격차 등이 포함된다(Light, 1999).

20) ‘대통령 지지율’은 대통령의 업무수행에 대한 국민들의 평가를 수치화시켜 나타낸 것으로 일반적으로 대통령 업무수행에 대해 긍정적으로 평가하는 응답자의 백분율을 지지율이라 한다(신현기,

임명권 행사 등 대통령과 관련된 모든 업무에 영향을 미치는 가장 중요한 정치적 자본(political capital) 중 하나로서(가상준 외, 2010), 대통령의 영향력을 가늠하는 중요한 지표가 된다.

특히 대통령 지지율과 입법적 성공이 긴밀히 연관되는 것은 국회의원들의 ‘정치적 불확실성’(political uncertainty)이라는 관점으로 설명할 수 있는데, 이는 재선(再選)을 목표로 하지만 유권자들의 정확한 선호를 알지 못하는 정치적 불확실성에 놓인 국회의원들이 대통령 지지율을 유권자의 선호에 대한 신호로 받아들여 대통령의 입장을 지지 또는 반대하게 된다는 것이다(신현기, 2012).

그런데 노무현 대통령의 지지율은 임기 내내 저조한 편이었다.(그림6) 전직 두 대통령과 달리 허니문 효과도 미약하여 취임 4개월 만인 2003년 6월에 40%대로 하락한 이후 탄핵, 남북정상회담 등으로 일시적인 지지율 상승을 경험했지만 남은 임기 내내 20~40%대에 머무르며 단 한번도 50%대를 넘지 못하였다. 특히 의료급여정책변동 당시인 '06~'07년도에는 평균 20~30%대의 낮은 지지율을 보여 그만큼 대통령의 영향력이 상당히 축소되어 있었음을 짐작할 수 있다.

대통령의 낮은 지지율이 반영하듯 탄핵 역풍 속에 치러진 2004년 17대 국회의원선거를 제외하면 임기 내 치러진 모든 선거에서 집권여당이 패배하면서 대통령의 국정운영 동력은 더욱 약화될 수밖에 없었다.<sup>21)</sup>

이러한 대통령의 영향력 약화는 당시 정부의 복지확대 정책기조에 강하게 반대하고 있던 보수 야당과 언론의 공세를 뚫고 지속적으로 복지재원을 확충해 나가는데 제약 조건으로 작용하였다. 그리고 이러한 정치적 제약 조

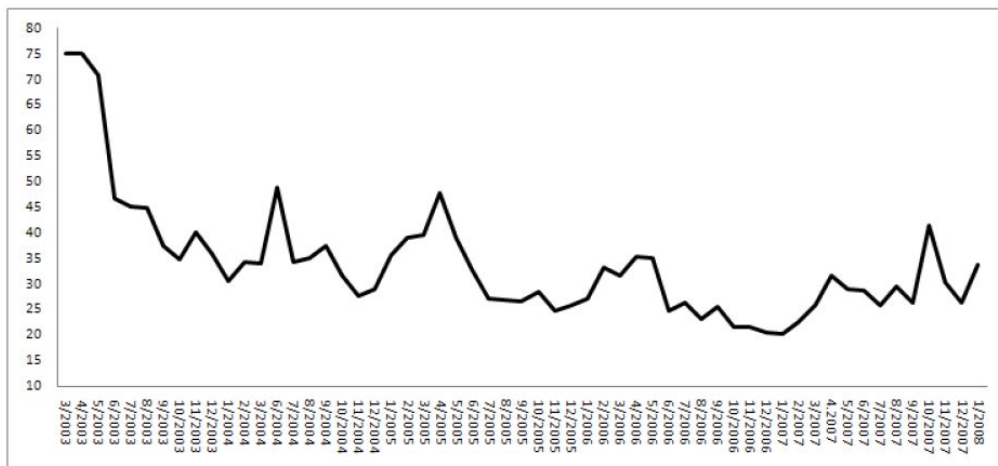
---

2012).

21) 17대 국회의원선거 이후 치러진 5번의 재·보궐선거(19곳의 국회의원선거)에서 집권여당은 단 한 석도 얻지 못하였고, 2006년 5월 지방선거에서는 16곳의 광역단체장 중 전라북도 단 한 곳만을 차지하는 초라한 결과를 거둬들여 대통령의 국정운영에 커다란 타격을 입게 되었다(가상준 외, 2010).

건은 복지예산에 포함되는 의료급여재정의 급증문제에 있어서 정부로 하여금 급여예산의 확대 편성이 아닌 재정을 절감하는 방향으로 정책을 추진하도록 하는데 일정한 영향력을 행사하였다.

그림 6. 노무현 대통령의 월별 지지율



자료: 리서치 앤 리서치(R&R). 가상준, 노규형(2010) 재인용

## 2) 국회 정당 요인

의료급여재정의 급증문제를 놓고 정부가 기존 정책노선에서 벗어나 의료급여재정을 안정시키는 방향으로 정책을 추진하도록 만든 정치적 구조 요인을 파악하기 위하여 앞서 언급한 대통령의 영향력 요인과 더불어 국회 정당 요인을 함께 고려해야 한다. 이는 대통령의 영향력 약화가 곧바로 복지축소로 이어지는 것이 아니라 그 중간 과정에서 정부와 정당 간의 상호작용을 거쳐 나타난 결과이기 때문이다.

정책과정에서 정당은 정책의제 형성과 정책결정에 중요한 영향을 미치는데, 일반적으로 여당(rulling party)은 당정협의를 통해 대통령과 행정각부

의 정책결정에 영향을 미치고 야당들(opposite parties)은 주로 대정부 및 대여 협상을 통해 정책대안을 제시함으로써 영향을 미친다(정정길 외, 2016).

따라서 의료급여정책 변동과 관련하여 당시 제도권 정당들이 어떠한 영향을 미쳤는지 파악하기 위하여 국회 의석수에 따른 정당 간 역학관계와 각 정당별 복지정책노선 및 의료급여제도 개정과 관련한 당론 등을 살펴볼 필요가 있다.

우선 참여정부 당시 정당 의석수를 살펴보면, 2004년 17대 총선 결과 집권여당인 열린우리당이 총 299석 중 152석을 얻어 원내 과반(50.8%)을 차지하였고 보수정당인 한나라당과 진보정당인 민주노동당은 각각 121석과 10석을 얻어 국회 원내에 진입하였다. 집권여당이 과반수 다수당이 되면서 정부의 국정운영에 우호적인 환경이 조성되었지만, 이후 잇따른 재보궐선거 패배와 의원들의 탈당으로 1년여 만에 열린우리당의 원내 과반이 무너지고 ‘분점정부’<sup>22)</sup> 상태가 되고 말았다.

이러한 여소야대 국회의 역학구조 속에서 정부는 원활한 국정운영과 법안 통과를 위해 야당들과 공조할 수밖에 없었고, 그 일환으로 대통령이 2005년 7월 한나라당에 대연정을 제안하기도 했을 만큼 야당의 협조가 절실한 상황이었다.

이러한 상황 속에서 제1야당인 한나라당은 ‘경제성장우위론’과 ‘작은 정부론’을 앞세운 보수이념의 정책노선에 따라 정부의 복지확대 정책기조에 따른 복지지출 증가를 ‘복지 과잉리즘’으로 규정하고 강도 높은 비판을 임기 내내 이어갔다.

일례로 한나라당은 정부가 내놓은 기초생활보장예산, 장애인복지예산 등

---

22) ‘분점정부’(divided government)란 대통령의 소속당이 국회에서 단독으로 또는 연합을 형성하여 다수를 구성하지 못한 상황을 의미한다(곽진영, 2003).

의 2007년도 복지관련 예산안에 대해 “대선을 앞둔 선심성 정책”이라며 대규모 삭감을 추진하기도 하였다<sup>23)</sup>.

또 다른 야당인 민주노동당은 ‘복지국가’를 지향하는 진보정당으로서 정부의 복지확대 정책기조에 찬성하면서 아울러 보다 급진적인 복지정책을 요구하는 입장이었지만, 국회 내 소수의석 정당으로서의 구조적 열세를 극복하지 못하고 국정운영에 유의미한 영향력을 미치지 못하였다(강병익, 2009).

한편 열린우리당은 중도진보적 정책이념을 가진 집권여당으로써 기본적으로 정부의 정책노선에 동조하는 입장을 취하였지만, 특정 정책사항에 대해서는 정부와 대립각을 세우기도 하였다. 이는 노무현 대통령이 ‘당정분리’의 원칙 아래 집권여당과 거리를 둔 결과 대통령의 여당 장악능력이 약화되었기 때문이라고 볼 수 있다(오승용, 2009).

또한 2006년 7~8월에는 김병준 교육부총리의 논문파동과 문재인 전 민정수석의 법무부장관 임명문제를 둘러싸고 당청 갈등이 심화된 가운데<sup>24)</sup>, 대통령 지지율의 하락과 연이은 선거 패배로 인해 재집권이 불투명한 상황이 되자 여당 내 상당수 의원들이 집단 탈당하여 신당을 만드는(’07.2.6) 등 집권여당이 와해될 위기상황이 초래되었고, 결국 대통령이 집권여당을 탈당(’07.2.28)하기에 이르렀다<sup>25)</sup>.

이러한 집권 후반부 당청갈등의 상황 속에서 열린우리당은 정부의 복지확대 정책에 비협조적인 태도를 나타내었는데, 일례로 2006년 6월 13일에 열렸던 ‘2007년도 정부예산안에 관한 당정협의’에서 열린우리당은 정부의

---

23) 참세상. 2006.12.13. “한나라당 복지예산 삭감 주장은 ‘정치적 폭거’”

24) 노컷뉴스. 2006.8.03. “김병준에서 문재인으로...웁거 붙은 당청 갈등”

25) 먼저 천정배 의원이 탈당하여 대통합 신당을 추진하였고(’07.1.28) 뒤이어 김한길 및 23명 의원이 집단 탈당하여 ‘중도개혁 통합신당’(’07.2.06)을 만들었다. 이에 열린우리당의 붕괴를 막기 위해 노무현 대통령이 자진 탈당(’07.2.28)하였지만, 결국 ‘대통합민주신당’이 창당(’07.8.05)되어 열린우리당을 흡수 합당하게 되었다(’07.8.20).

세율인상과 예산확대편성 방안에 대해 강하게 반대하였다. 이와 관련하여  
익명의 한 여당 의원은 언론과 인터뷰에서 “선거패배 이후 드러난 민심을  
되돌리려면 국민의 세금부담을 줄여주는 방안이 필요한데 정부가 예산 증  
액안만 들고 오니 난감할 뿐”이라고 말하였는데<sup>26)</sup>, 이는 당시 복지재원 확  
충에 대한 정부와 여당 간의 입장 차이를 선명하게 보여주는 발언이었다.

다음으로 당시 의료급여제도 개편에 대하여 정당들이 어떠한 영향을 미쳤  
는지 살펴보면, 우선 국회의 동의를 필요로 하지 않는 시행령과 시행규칙  
개정을 통해 정책을 도입하였기 때문에 이 문제가 보건복지위원회와 국회  
본회의에서 안건으로 다루어지지 않았다. 따라서 정당들도 정부의 의료급  
여제도 개정에 대하여 별다른 당론을 내놓지 않으면서 정치권의 주목을 크  
게 받지 못하였다.

다만 집권여당인 열린우리당이 2006년 6월 13일 당정협의에서 “의료급여  
제도 운영에서 과잉진료 예방 등 합리적 운영체계를 확립해 의료급여재정  
안정화를 추진해야 한다.”는 입장<sup>27)</sup>을 밝힌 것으로 볼 때 정부의 의료급여  
제도 개정 취지에 동의하는 입장이었음을 알 수 있다.

한나라당은 이 문제와 관련해서 공식 당론을 내놓지는 않았지만, 복지재  
정 축소를 정책목표로 삼고 있었던 만큼 이러한 정부의 정책에 대해 암묵  
적으로 동의하며 지지하는 입장이었던 것으로 볼 수 있다.

원내 정당으로서는 민주노동당만이 정부의 의료급여제도 개편에 적극적으  
로 반대하며 시민단체연합의 투쟁을 지지하였지만, 국회 내 주변화된 소수  
정당으로서 두 거대 양당의 ‘침묵의 카르텔’ 속에 추진되는 정책도입을 저  
지하기에는 역부족이었다.

---

26) 매일경제. 2006.6.15. “내년 예산안, 정부는 ‘확대편성’ 여당은 ‘곤란’”

27) 닥터스뉴스. 2006.6.13. “여당 ‘포괄수가제’ 확대시행 표명”

이상의 정치적 구조 요인에 대한 분석 결과를 요약하면 다음과 같다.

당시 참여정부의 복지확대 정책기조는 ‘거대보수야당의 반대와 집권여당의 비협조적인 태도, 소수진보정당의 약세’라는 국회 정당의 역학관계 속에서 대통령의 낮은 지지율로 인해 대통령의 영향력이 축소되면서 정책추진의 동력을 얻기 힘들었다.

따라서 이러한 정치구조적 제약 속에서 정부는 복지제도의 한 분야인 의료급여제도의 재정급증문제를 해결하기 위하여 예산을 확대편성하는 방안을 선택하기가 사실상 힘들었던 것으로 추정할 수 있다.

## 2. 경제적 구조 요인

본 연구에서는 경제적 구조 요인이 2007년 의료급여정책 변동에 어떠한 영향을 미쳤는지 파악하기 위하여 당시 참여정부의 경제정책 요인<sup>28)</sup>과 이러한 요인이 의료급여정책 변동에 미친 영향을 살펴보고자 한다.

경제정책과 사회복지정책은 동전의 양면처럼 서로 긴밀하게 연결되어 정책결정과정에서 상호 영향을 미친다는 점(신동면, 2006)과 참여정부 스스로 ‘사회정책의 경제정책화, 경제정책의 사회정책화’를 내세우며 양자 간 정책연계성을 강조한 사실을 고려해 볼 때(이태수, 2008), 당시 정부의 경제정책 노선과 그 특성을 살펴보는 것은 정책변동의 원인을 이해하는데 도움을 줄 것이다.

참여정부는 출범 당시 시장의 요구와 사회적 요구를 통합하는 ‘경제성장 과 분배의 선순환’, ‘동반성장’이라는 국정운영목표를 제시하였는데(국정홍

---

28) 경제구조란 생산·교환·분배·소비와 관련된 경제활동의 기초로서 산업구조, 금융구조, 무역구조, 분배구조 등으로 구성되는 포괄적 개념이지만(김정식, 2001), 본 연구에서는 분석의 용이성을 위하여 경제구조를 경제정책 개념으로 전환하여 살펴보고자 한다.

보처, 2003), 이것이 실제로 어떤 경제이념과 정책지향성을 의미하는지에 대해서 많은 논란이 있었다.

참여정부는 임기 내내 보수진영으로부터는 분배 중심의 반시장적 복지포 플리즘 경제정책을 채택한 좌파정부라고 비난받은 반면 진보진영으로부터는 성장 중심의 시장친화적인 경제정책을 채택한 신자유주의 정권으로 매 도되기도 했었는데, 이러한 상반된 평가가 존재하는 이유는 우리나라 정치 이념의 이분법적 지형 때문이기도 하지만 실제 참여정부에서 추진했던 경 제정책들의 성격이 신자유주의적 정책<sup>29)</sup>과 국가 개입주의적 정책이 혼재 되어 있었기 때문이었다(김관옥, 2011).<sup>30)</sup>

구체적으로 참여정부는 한미 FTA 정책, 금융허브 육성정책, 재벌규제완 화정책, 의료산업화정책 등과 같은 신자유주의적 경제정책을 추진하기도 하면서 한편으로는 부유세의 일종인 종합부동산세, 공기업의 지방이전과 행정수도이전을 요체로 하는 균형발전정책, 그리고 사회복지의 지출비중을 확대하는 정책과 같은 국가 개입주의적 경제정책도 추진하였는데, 이는 참 여정부의 경제정책 성격의 혼합성을 잘 보여주는 것이다.

따라서 참여정부의 경제정책 노선에 대하여 다양한 견해가 존재하는데, 신자유주의와 연계해서 보는 이들 중에서도 전형적인 신자유주의 경제체제 였다고 보는 주장(강병익, 2009; 우석훈, 2006)과 일부 경제정책만이 신 자유주의적이었다는 주장, 그리고 정권 초기에는 ‘제3의 길’, ‘중도진보’ 노 선을 지향했으나 점차 신자유주의적 정책노선에 경도되었다는 주장(유종

---

29) ‘신자유주의’(Neoliberalism)는 국가권력의 시장개입을 비판하고 시장의 기능과 민간의 자유로운 활동을 중시하는 이론으로서, 1970년대부터 케인즈 이론을 도입한 수정자본주의의 실패를 지적하 고 경제적 자유방임주의를 주장하면서 본격적으로 대두되었다. 신자유주의적 정책으로는 공공부문 의 민영화, 각종 규제의 철폐 및 완화, 통화주의에 기초한 반인플레이션 정책, 노동시장의 유연성 제고, 복지지출의 축소, 소득세·법인세 인하를 통한 기업 경쟁력 제고 등이 있다(조홍식, 2000).

30) 김관옥(2011)은 참여정부가 신자유주의 경제정책과 국가개입주의 경제정책을 함께 채택했으며 ‘신자유주의 국제경제구조’와 ‘대외 의존적 대기업 중심의 국내 산업구조’ 등이 참여정부가 일부 분야에서 신자유주의 경제정책을 채택한 요인이었다고 주장하였다.



일, 2006) 등의 견해 차이가 존재한다.

한편 이병천(2003)은 국민의 정부의 ‘디제이노믹스<sup>31)</sup>’의 연장선상에 있으면서도 사회통합과 균형발전을 강조한다는 점에서 차별화된, 즉 사회민주주의와 신자유주의의 중간 형태에 위치하는 ‘제3의 길’에 속한다고 보았고, 임운택(2010)은 성장과 사회부분 간의 균형조정을 목표로 하면서 세계시장의 압력에 대한 적응, 경쟁국가, 중산층 지원, 직업훈련과 노동유연화정책의 연계, 생산적 복지를 수단으로 삼았다는 점에서 ‘개혁적 신자유주의’ 또는 ‘사민주의적 신자유주의’에 해당한다고 평가하였다.

또 다른 일각에서는 참여정부의 경제정책은 영미식 신자유주의보다 독일의 ‘질서 자유주의’(Ordo-Liberalism)<sup>32)</sup>에 더 가까웠다는 주장이 있는데, 심지홍(2005)은 참여정부의 국정목표와 과제를 보면 국민의 정부에서 추구하였던 시장의 효율성과 사회적 형평성을 함께 지향하는 질서자유주의적 경제정책과 유사하다고 주장하였다. 실제 참여정부의 주요 인사들을 포함하여 노무현 대통령 자신도 질서자유주의를 사상적 기반으로 한 독일의 ‘사회적 시장경제’에 대해 많은 관심을 가지고 있었던 것으로 알려져 있다<sup>33)</sup>.

그리고 참여정부의 핵심 인사였던 유시민은 참여정부의 이념성향을 ‘사회

---

31) ‘디제이노믹스’(DJ nomics)는 독일식 질서자유주의를 이론적 배경으로 하면서 ‘민주주의와 시장 경제의 병행 발전’을 추구하는 김대중 대통령의 경제철학 및 정책이념을 의미한다.

32) 프라이부르크학파의 오이켄(Eucken)을 중심으로 하는 질서자유주의는 시장의 효율성을 중시하면서도 시장의 자유로운 경쟁 조성과 사회적 균형 도모를 위한 정부의 역할을 강조함으로써 정부의 간섭을 비판하는 하이에크의 신자유주의와는 구분되는 사상으로서, 독일의 ‘사회적 시장경제’의 이론적 기반이 된다. 구체적 정책으로는 ‘독과점 규제, 누진세 인상, 사회보장 강화, 최저임금제 실시’ 등이 여기에 해당된다.

33) 참여정부의 핵심인사였던 유시민은 한 언론과 인터뷰에서 다음과 같이 발언하였다.

“노무현 대통령은 독일의 사회적 시장경제 시스템과 그 이론적 기반을 제공한 질서자유주의를 정확하게 이해하고 있으며 제3의 길과 신중도에 대해서도 잘 알고 있습니다. (중략) 노무현 정부의 경제정책과 사회정책은 투명성과 공정한 경쟁을 중시하는 미국식 규범과 국가의 사회정책과 정책수단의 시장친화성을 강조하는 독일의 사회적 시장경제, 그리고 경제체제와 정책의 국제적 상호연관성을 무겁게 고려하는 제3의 길 등 세 요소를 모두 포함하게 될 것으로 봅니다.”(서울대저널 57호, 2003. “유시민 인터뷰, ‘리버럴과 노무현 정부’”)

자유주의'라고 규정하면서, 사회자유주의란 '헌법이 규정한 정치와 경제의 다원주의적, 자유주의적 기본질서 속에서 사회적 형평과 통합, 기회 균등과 경쟁의 공정성, 사회적 안전과 평화, 환경보호 등의 가치를 실현하기 위해 적극적인 국가의 개입과 사회적 타협을 추구하는 중도통합 또는 중도진보적 이념성향'이라고 밝히고 있는데<sup>34)</sup>(유시민, 2009), 이는 시장의 자유로운 경쟁 질서를 중시하면서도 아울러 사회적 형평을 위한 정부의 적극적인 개입을 추구한다는 점에서 질서자유주의와 맥을 같이 한다고 볼 수 있다<sup>35)</sup>.

또한 경제정책과 사회복지정책 간의 연계성의 측면에서 볼 때 참여정부의 복지정책이 신자유주의였다는 주장이 많이 존재하지만(김순영, 2011; 이태수, 2009; 조영훈, 2008; 주은선, 2011), 참여정부 임기 동안 '참여복지5개년계획'('04.11월), '희망한국21'('05.9월), '비전2030'('06.8월) 등의 로드맵을 발표하며 지속적으로 공공부조와 사회복지제도의 확대를 위한 정부지출을 늘려갔던 점을 고려한다면 참여정부의 정책기조를 신자유주의로 단정하는 것은 적절하지 않다는 반론도 제기되고 있다(김원섭, 2008; 성경룡, 2014).

따라서 본 연구에서는 참여정부의 경제정책노선을 질서자유주의로 간주하고, 이러한 요인이 당시 의료급여정책 변동에 어떠한 영향을 미쳤는지 살펴보고자 한다.

질서자유주의를 사상적 기반으로 한 사회적 시장경제 체제에서는 “자립할 수 있는 자에 대해 국가는 언제나 지원해 주어야 한다.”는 ‘보충의 원

34) 참여정부의 정책노선을 유시민의 주장처럼 사회자유주의로 파악한다면 보수와 진보 양측으로부터 이념공격을 받은 이유를 이해할 수 있는데, 즉 보수 세력은 사회자유주의의 '사회'측면에, 진보 세력은 '자유주의'적 측면에 집중한 결과였던 것이다(유시민, 2009).

35) 황준성(2001)은 독일의 질서자유주의를 오이겐으로 대표되는 프라이부르크 학파의 '질서자유주의'와 뮐러 아막(A. M. Armack)의 옥스퍼드 학파의 '사회적 자유주의'로 구분하여 설명하였는데, 유시민이 언급한 사회자유주의가 아막의 사회적 자유주의를 의미한 것인지는 확실하지 않다.

칙'(das Prinzip der Subsidiarität)과 '자립할 수 없는 자는 사회가 도와야 한다.'는 '연대의 원칙'(das Prinzip der Solidarität)에 근거하여 사회보장 제도를 운영해 나간다(김익성, 2006).

그런데 질서자유주의자들은 대개 복지를 경제성장을 위한 미래 동력으로서의 투자이자 불평등한 분배에서 기인하는 사회적 반목으로부터 발생할 수 있는 미래 기회비용의 방지차원에서 이해하는 경향이 있다(김익성, 2006). 또한 노동력을 상실한 노약자나 장애인, 아동, 극빈자에게는 최소한의 삶의 유지를 위한 보장체계가 마련되어야 하지만, 무분별한 복지의 확대는 공정경쟁을 약화시키고 도덕적 해이나 나태현상을 유발할 수 있기 때문에, 오이켄이 제시한 '구성적 원칙'<sup>36)</sup> 가운데 하나인 '책임의 원칙'에 따라서 도덕적 해이를 최소화시킬 수 있는 엄격한 규제와 효율적 복지를 실천해야 한다고 본다(김익성, 2006; 배진영, 2003; 심지홍, 2003).

따라서 당시 의료급여 재정지출이 급증하는 상황에서 이러한 질서자유주의적 정책이념을 가진 참여정부의 정책결정자들이 '본인부담이 없거나 적음으로 인해서 필연적으로 발생할 수밖에 없는 수급권자의 도덕적 해이를 제어하는 제도적 메커니즘의 부재'를 문제의 핵심 원인으로 진단하고 이를 해결하고자 했던 것은 자연스러운 귀결이었다.

실제 당시 보건복지부의 한 정책실무자는 시민단체와의 토론회에서 수급권자의 의료오남용에 대한 통계적 근거가 준비되기 이전에 수급권자의 도덕적 해이가 재정문제의 근본원인이라는 정책적 판단이 내려진 상태였다고 밝히기도 하였다.

그리고 당시 의료급여제도 개편을 진두지휘했던 유시민 보건복지부 장관이 독일에서 경제학과 사회보험 및 복지재정을 공부하였다는 사실도 당시

---

36) 프라이부르크학파의 오이켄은 경쟁 질서를 유지하기 위하여 7개의 구성적 원칙을 제시하였는데, 이는 '완전경쟁, 가격체계, 통화정책 우위, 개방적 시장, 사유재산의 원칙, 계약자유 원칙, 책임의 원칙, 경제정책 일관성의 원칙'으로 구성된다(심지홍, 2003).

정책도입이 질서자유주의적 경제정책이념의 영향을 받았을 것이라는 설명의 타당성을 높여주는 점이다.

이상의 경제적 구조요인에 대한 고찰결과는 다음과 같다.

당시 참여정부의 질서자유주의적 경제정책 노선은 의료급여제도의 재정급증 문제에 있어서 수급권자의 도덕적 해이에 초점을 맞추고 정책을 추진하도록 하는데 일정한 구조적 영향력을 미쳤다.

그러나 이러한 정책이념의 영향이 꼭 본인부담제와 같은 형태의 정책도입으로 귀결되는 것은 아니다. 그렇기 때문에 경제정책의 영향력에 관한 본 논의에서는 이러한 메커니즘의 개연성을 설명하는데 만족하고, 이 사이를 연결하는 구체적 기전에 대해서는 중범위 수준의 정부체계적 요인에서 고찰하기로 한다.

### 3. 사회문화적 구조 요인

본 연구에서는 사회문화적 구조 요인이 2007년 의료급여정책 변동에 어떠한 영향을 미쳤는지 파악하기 위하여 당시 의료급여제도와 수급권자들에 대한 사회적 인식을 살펴보고자 한다.

이는 당시 의료급여 수급권자들에 대한 시민정서가 우호적이었다면 정부가 수급권자의 의료이용을 제한하는 정책을 추진함에 있어 사회적 반발과 저항이 컸을 것이고, 반대로 수급권자들에 대한 부정적 인식이 주류를 이루고 있었다면 정부로서는 정책을 도입하기가 용이하였을 것이기 때문이다.

그런데 당시 의료급여 수급권자들에 대한 일반 시민들의 인식을 조사한

정보가 없기 때문에 이를 직접 파악하기는 어렵다. 따라서 이를 대신하여 의료급여제도를 포함한 공공부조제도, 즉 빈곤층을 지원하는 복지정책에 대한 시민들의 ‘복지의식(태도)’<sup>37)</sup>을 조사한 결과를 통해 간접적으로 당시 여론을 살펴보고자 한다.

당시 정책변동과 가까운 시점에 조사된 2007년 ‘한국복지패널 기초분석 보고서’의 복지인식조사 결과를 살펴보면, 빈곤층 생활지원에 있어서 정부가 훨씬 더 많이 지출해야 한다는 응답은 18.9%, 조금 더 지출해야 한다는 응답은 56.2%, 이 둘을 합하면 75.1%로 상당수가 빈곤층의 생활지원에 정부가 더 많이 지출해야 한다고 생각하고 있었음을 알 수 있다(한국보건사회연구원 외, 2007).

그리고 국민기초생활보장 수급권자에 대한 인식으로 ‘급여를 받는 빈곤층은 대부분 게으르다’는 의견에 대해서 ‘매우 동의’와 ‘동의’가 각각 8.1%와 26.3%로 그 합이 34.4%이었고 ‘반대’와 ‘매우 반대’는 각각 33.6%, 5.1%로 그 합이 38.7%로서, 반대의견이 약간 높게 나타났다(한국보건사회연구원 외, 2007). 이로 보건대 당시 복지수급권자에 대한 긍정과 부정의 사회적 인식이 엇비슷한 정도로 존재했던 것으로 짐작할 수 있다.

그러나 이러한 복지수급권자에 대한 사회적 인식을 곧바로 의료급여 수급권자의 경우에 적용하는 것은 무리가 있는데, 특히 의료급여 수급권자의 경우 당시 의료 오남용 문제가 자주 언론보도를 통해 거론되면서 이로 인해 부정적 여론이 더 높아졌을 가능성이 크다.

그리고 이러한 복지수급권자에 대한 일반적 인식과 관계없이 빈곤정책이나 복지수급권자 문제는 비(非)빈곤층에게 직접적인 이해관계가 없다는 점

---

37) ‘복지의식’(welfare consciousness)이란 복지 및 그와 관련된 사회현상들에 대한 사람들의 마음의 내용이며, ‘복지태도’(welfare attitude)란 복지의식에 기반을 둔 행동성향이라고 할 수 있다. 양자는 밀접히 연관되어 있고 구분 없이 혼용되기도 한다. 한국에서는 복지태도란 용어보다 복지 의식 혹은 복지인식이란 용어가 더 자주 사용되어왔고, 때로는 ‘welfare attitude’를 ‘복지인식’이란 용어로 번역하기도 한다(김영순 외, 2011).

에서 이들의 태도가 유동적일 수 있는데, 이러한 태도는 개인의 이념적 성향에 따라 형성되거나 또는 제도적 환경이나 언론에 의한 ‘프레이밍 효과’(framing effects)<sup>38)</sup>에 영향을 받아 형성될 수도 있다(이정진 외, 2015).

이에 당시 언론이 의료급여 수급권자에 대한 사회적 인식에 어떠한 영향을 미쳤을지 파악하기 위하여 정책변동 전후 시점으로 의료급여 수급권자와 연관된 언론 보도 양상을 살펴보았다<sup>39)</sup>.

그 결과 의료급여제도로 인한 낙인과 차별경험 사례를 보도한 경우는 전무하였고, 제도의 낮은 보장성 문제를 지적한 일부 보도를 제외하면 대부분의 언론보도가 수급권자의 의료오남용 사례와 이로 인한 예산 낭비를 지적하고 있는 것을 확인할 수 있었다.(표8)

표 8. 의료급여 관련 언론 보도

구분	언론 보도('04~'07)
의료 오남용 사례	<p>뉴시스. 2004.8.18. “심평원, 의료급여 과다이용자 관리 강화”</p> <p>내일신문. 2004.11.18. “의료급여대상자 입원일 건강보험보다 13배 길어”</p> <p>한국일보. 2006.1.17. “의료급여 수급권자 병원·약국 ‘집 드나들듯’”</p> <p>연합뉴스. 2006.1.17. “정부 지원 빈곤층, 의료남용 심각 수준”</p> <p>국민일보. 2006.4.27. “의료급여제도 악용 심각... 40대 기초생활자 1년동안 병원·약국 1만 1356일 이용”</p> <p>국민일보. 2006.4.28. “의료급여제 운용 이렇게 방만해서야”</p> <p>매일경제. 2005.5.05. “의료급여 환자 기막힌 약장사”</p> <p>세계일보. 2005.5.05. “의료급여대상 40대 ‘의료쇼팽’”</p> <p>한국경제. 2006.5.08. “하루 5번씩 매일 병원行...이상한 ‘복지병’ 환자?”</p>

38) 예를 들어 언론을 통해 부정 수급사례가 연일 보도가 되면 수급권자에 대한 부정적 인식이 확산되고 강화될 수 있는 반면에 언론에서 복지사각지대와 이로 인해 고통 받는 수급권자 사례를 집중해서 보도하면 정부와 제도에 대한 비판의식과 함께 빈곤층에 대한 연대의식이 높아질 수 있다.

39) 네이버뉴스포털에서 ‘2004.1.1~2007.12.31’ 범위에서 ‘의료급여+수급권자, 도덕적 해이, 낙인, 차별, 보장성’ 등의 키워드를 조합하여 관련된 기사를 검색하였다. 모든 언론매체 보도를 전수 조사한 것은 아니지만, 일부 조사를 통해서도 대략적인 전체 언론보도의 경향성을 조망할 수 있다고 판단하였다.

	세계일보. 2006.9.22. “의료급여자 파스 오·남용 심각” YTN. 2006.9.27. “의료급여 재정 파탄..도덕적 해이” 뉴시스. 2006.10.11. “의료급여 매년 2조원 이상 샌다” 세계일보. 2006.10.12. “줄줄 새는 복지예산, 책임 물어야” 뉴시스. 2006.10.13. “자동차 2대, 2억 이상 재산가 의료급여 수급권자?” 뉴시스. 2007.3.26. “울산 저소득층 의료급여 지출 ‘과다’” 동아일보. 2007.7.10. “年 4조 원 세금 쓰는 ‘공짜 진료’의 수호자들” 파이낸셜뉴스. 2007.7.25. “의료급여 장기수급자, 1년간 약 424일 먹었다” 뉴시스. 2007.7.25. “의료급여대상자 두 명중 한명 ‘의료쇼핑’” 문화일보. 2007.11.05. “8억대 자산 부자가 불법 의료급여 혜택”
보장성 저조 사례	노컷뉴스. 2004.9.27. “차상위 의료급여 특례 혜택 걸돌아” 연합뉴스. 2004.10.21. “소득증가 의료급여탈락자 의료사각지대行” 연합뉴스. 2004.12.23. “저소득층 의료급여지원사업 저조” 내일신문. 2005.7.11. “의료급여 확대로 사각지대 해소해야”

이러한 언론의 프레이밍 효과는 전체 수급권자 집단에 대한 부정적인 사회인식이 확산되고 강화되도록 하는데 상당한 영향을 미쳤을 것으로 추정할 수 있다. 따라서 그 결과로 정부의 정책에 우호적인 사회적 여론이 조성되면서 정부가 빈곤층의 혜택을 줄인다는 도덕적 비난여론을 감소시킬 수 있었을 것이다.

그렇지만 이러한 편향된 언론 지형의 보도는 당시 수급권자에 대한 사회적 인식에 영향을 미치는 여러 요인 가운데 하나에 불과하므로 이것만으로 당시 사회문화적 구조 요인을 단정할 수는 없다.

다만 처음부터 정부의 주도하에 정책 의제화되어 추진되었기 때문에 사회적 쟁점화가 이뤄지지 않은 상황이었고 여기에 정부에 우호적인 주류언론들의 프레이밍 효과가 더해진 점을 감안한다면 당시 사회문화적 조건이 정부의 정책도입에 적어도 부정적인 영향을 끼치지 않는 것일 것이다.

이는 당시 시민사회단체가 정부 정책의 반인권적인 문제점을 알리면서 사회적 공감대와 지지를 확산시켜 정부를 압박하고자 하였으나 별다른 사회

적 반향을 얻지 못하였던 사실을 역으로 비춰보면 이해할 수 있다.<sup>40)</sup>

#### 4. 소결

이상의 당시 정치와 경제, 사회문화적 구조요인이 의료급여정책 변동에 어떠한 영향을 미쳤는지 분석한 결과는 다음과 같다.

먼저 정치적 요인으로, 당시 참여정부의 복지확대 정책기조에도 불구하고 의료급여 예산을 확대하는 방향으로 정책을 추진하지 못했던 것은 낮은 지지율과 연이은 선거패배로 인한 대통령의 영향력 약화 요인과 정부의 복지 예산 확대에 부정적인 보수야당과 비협조적 태도의 집권여당 및 소수의석의 미약한 진보정당이라는 국회정당 구조 요인이 영향력을 미친 결과였다.

그리고 경제적 요인으로, 당시 참여정부의 질서자유주의적 경제정책이념은 의료급여제도의 재정급증 문제에 있어서 재정효율화 방안을 추진하도록 하면서 또한 재정문제의 주요원인으로 수급권자의 도덕적 해이에 주목하여 이를 억제하기 위한 정책들이 도입되도록 하는데 영향력을 미쳤다.

마지막 사회문화적 요인으로, 당시 수급권자들의 의료오남용이나 부정수급 사례들을 중점적으로 보도하였던 주류언론들의 프레이밍 효과로 인하여 수급권자에 대한 부정적인 사회인식이 확산되었고, 그 결과로 정부의 정책 추진에 대한 사회적 반감과 저항을 최소화시킬 수 있었다.

---

40) 당시 반대운동에 참여하였던 한 시민사회단체 관계자와의 면담조사를 통해 당시 사회적 여론이 시민사회단체에 그리 우호적이지 않았던 사실을 확인할 수 있었다.

그리고 신영전 등(2002)의 연구에 의하면 '00년 의료급여법 개정 당시에는 대다수 언론매체가 정부개정안에 소극적 지지 또는 무관심한 입장을 취함으로써 언론의 프레이밍 효과가 크지 않았고 그 결과 공대위안이 어느 정도 반영된 최종안이 도출되었던 반면에, 이와 대조적으로 주류언론이 적극적으로 정부안을 지지했던 '07년의 경우에는 편향된 언론보도의 영향력으로 인해 사회문화적 여론의 흐름이 정부의 정책추진에 유리한 방향으로 작용하였고 그 결과 정부안대로의 일방적 도입이 이뤄진 것으로 추정해 볼 수 있다.



### 제3절 정부체제적 요인

2007년 의료급여정책 변동은 당시 급여재정문제에 위기의식을 느낀 정부에 의해 의제화되고 정책개발과 결정이 이루어졌다. 즉, 사회문제에 대한 사회적 쟁점화를 통하여 정부의제로 채택된 것이 아니라 처음부터 정책결정자의 주도 하에 정부의제로 만들어진 것이다.

따라서 당시 정책변동의 원인을 규명하기 위해서는 정책의제설정 및 정책결정과 관련된 정부의 내부요인을 구체적으로 파악할 필요가 있다.

본 절에서는 정책기조의 변화, 청와대 및 경제부처의 요인, 보건복지부 요인과 정책결정자 요인 등이 정책결정 과정에서 어떠한 영향을 미쳤는지 살펴보고자 한다.

#### 1. 복지정책기조의 변화

사회보장제도의 하위범주에 속하는 의료급여제도로서는 당연히 정부의 복지정책기조 변화에 따른 영향을 받기 마련이다. 이에 참여정부 임기 동안 복지정책기조에 어떠한 변화가 있었는지, 그리고 이것이 2007년 의료급여정책 변동에 어떠한 영향을 미쳤는지를 살펴보고자 한다.

##### 1) 참여정부 출범 당시 공약

노무현 대통령은 16대 대통령후보 공약으로 다음과 같은 사회복지 정책의 3대 방향과 4대 목표를 제시하면서 국민의 정부의 ‘생산적 복지’<sup>41)</sup>를

승계하는 ‘참여복지’를 정책기조로 내세웠다(이태수, 2007). 이를 보면 참여정부 출범 당시 복지정책의 지향성은 ‘보편적 복지’와 ‘보장성 강화’에 중점을 두고 있었음을 알 수 있다.

#### 사회복지 정책의 3대 방향

1. 분배를 통한 성장 잠재력의 극대화
2. 저소득층 위주 복지에서 전국민을 위한 보편적 복지로
3. 복지에 대한 국가책임 강화 및 민간 참여 확대

#### 참여복지시대 실현을 위한 4대 목표

1. 국민과 정부가 함께 만드는 참여복지국가 실현
2. 국민의 평생 건강 보장
3. 모든 노인, 장애인, 여성, 아동, 청소년의 행복한 삶 보장
4. 저소득 국민의 인간적 생활 보장

그리고 의료급여제도와 관련해서는 “최저소득계층에 대한 의료급여의 대상과 급여항목을 확대하며, 차상위 계층에 대하여는 선택할 수 있는 부분 급여로 의료급여를 시행하겠습니다.”(16대 대통령후보 공약집)라는 공약을 제시하면서 의료급여제도의 보장성을 강화하겠다는 입장을 표명하였다.

## 2) 참여복지 5개년계획

참여정부는 출범 이후 ‘2차 사회보장 장기발전계획’을 수립하기 위하여

---

41) 1997년 외환위기 이후 소득 양극화와 빈곤층 증가 등 사회적 문제가 심각해짐에 따라 국민의 정부에서는 ‘생산적 복지’를 정책기조로 내세워 사회안전망 강화에 주력하였고, 그 일환으로 국민 기초생활보장제도를 도입하면서(2000년), 복지제정을 대폭 확대하였다(보건복지부 예산 1998년 2.8조원→2002년 8.3조원).

보건복지부를 포함한 6개 정부부처와 민간위원들로 구성된 ‘참여복지기획단’을 출범(’03.5.28)시켜 본격적인 연구 작업에 착수하였고, 그 결과물로 ‘참여복지 5개년계획’(이하 참여복지계획)<sup>42)</sup>을 발표하였다(’04.1.20)<sup>43)</sup>.

참여복지계획의 정책목표는 전 국민에 대한 복지서비스를 제공하고 상대빈곤을 완화시키며 풍요로운 삶의 질이 구현되는 참여복지공동체를 이룩하는 것으로서, 이러한 정책목표를 달성하기 위해 정책영역을 ‘사회보장제도의 내실화’와 ‘복지인프라 구축’ 및 ‘복지서비스 확대’ 분야로 나누고 각 분야별 주요추진과제를 설정하였다(참여복지기획단, 2004).

그리고 참여복지계획에서 기초의료보장에 대한 향후 전망과 정책방향, 현황 및 문제점 그리고 이에 대한 추진과제를 다음과 같이 제시하였다.(표9)

표 9. 참여복지 기초의료보장 계획

구분	내용
향후 전망	<p>1. 국민기초생활보장제도 시행 이후 사회적 요구 증가 : 의료급여 2종 수급권자에 대한 본인부담금 인하 요구가 본격화할 것이며 저소득 취약계층의 증가 및 의사사각지대계층의 증가는 의료급여수급권자 확대에 이어질 가능성이 큼.</p> <p>2. 정부 재정부담의 지속적인 확대 : 인구의 고령화로 인한 노인성질환자 및 만성질환자의 증가, 의료급여 수급권자의 확대 등은 의료급여 진료비를 지속적으로 증가시킬 것임.</p>
정책 방향	<p>1. 저소득 취약계층에 대한 의료보장 확보 : 수급권자의 확대, 급여범위의 단계적 확대, 2종 수급권자의 본인부담금 인하 등을 통하여 저소득 의료빈곤층의 의료보장확보</p> <p>2. 제도적 차별 해소 : 건강보험의 75% 수준인 요양기관 종별 가산율의 단계적 인상, 정액수가가 적용되고 있는 정신과 수가 등의 단계적 현실화, 체불진료비의 완전해소를 통하여 공급자들의 의료급여수급권자에 대한 차별해소</p>

42) 이에 대해 일각에서는 생산적 복지가 추구했던 정책목표와 본질적으로 다른 참여복지만의 색깔이 없다는 지적과 함께 구체적인 재정계획이 제시되어 있지 않아 계획의 실현가능성에 대한 의문을 제기되기도 하였다(엄규숙, 2004).

43) 2004년 1월 20일 국무회의에서 심의 확정되었으나, 노무현 대통령이 교육부문을 추가하도록 지시함에 따라 ‘교육복지추진TF’를 구성하여 추가로 계획을 수립하여 2004년 10월 19일 국무회의에서 최종 확정되었다.

	<p><b>3. 재정건전성 확보</b> : 의료급여비를 효과적으로 관리할 수 있는 제도적 기전을 마련하고 관리 운영 체계의 틀을 합리화하여 효율성을 제고시킴으로써 의료급여의 재정건전성 확보</p>
문제점	<p>1. 수요자측면 -가계 의료비부담의 과중: 국민건강보험의 비급여부분이 의료급여에서도 그대로 적용되고 있어 부담능력이 열악한 의료급여 수급권자의 의료비부담이 가중되고 있음.</p> <p>2. 공급자측면 - 건강보험 대비 낮은 종별가산율 및 정신과 수가: 의료급여 행위별수가는 건강보험수가와 동일하게 적용되고 있으나 의료급여기관별로 종별가산율이 건강보험에 비해 75% 수준이며 정신과 수가는 건강보험의 행위별 수가에 비해 상대적으로 낮은 정액제가 적용되고 있어 의료기관 경영에 어려움을 줄 뿐 아니라 수급권자에 대한 차별 가능성이 있음.</p> <p>3. 관리운영 측면 - 관리운영체계의 비효율 및 사후관리 미흡: 시·도 및 시·군·구의 전담조직 미비로 업무의 지속적, 효율적 추진이 불가능하고 시·군·구 담당자의 경우 성격이 다른 여러 종류의 복지업무를 겸하고 있어 업무가 과중하고 전문성이 결여되어 있음. - 의료급여 현지조사 기능의 미흡: 심사평가원 내에 요양기관 실사를 위한 급여조사실이 운영되고 있으나 건강보험 위주로 조사대상 기관을 선정함으로써 의료급여 특성을 반영하지 못하고 있으며, 이로 인해 실사의 효율성이 저조함.</p> <p>4. 재정측면 - 국고부담의 급증: 고령인구의 증가, 1종 수급권자의 증가, 만성질환의 증가 등으로 진료비가 급속히 상승할 뿐 아니라 급성기병상 등 입원 필요가 완료된 후에도 계속 입원하여 재정에 부담을 초래하는 사례 빈발</p> <p>5. 수요자 선정측면 - 적용대상의 제한: 국민기초생활보장 수급권자가 그대로 의료급여 수급권자가 됨으로써 의료욕구가 긴요한 차상위 계층의 의료사각지대 존재</p>
추진과제	<p><b>1. 저소득 의료취약계층 의료급여 확대</b> - 의료급여 수급권자 확대: 차상위계층 중 희귀난치성질환 또는 만성질환 보유자 등 의료욕구가 긴요한 계층에 대한 의료급여는 2004년부터 실시하고, 재정여건에 따라 다른 취약계층에 대해서도 단계적으로 의료급여를 확대할 예정임. ※ 재정여건 및 '03년 10월부터 실시되는 차상위계층의 의료수요 등 실태조사 결과를 고려하여 단계적으로 의료급여를 확대할 예정임. - 현행 2종 입원 본인부담금을 단계적 인하(20%→15%→10%)</p> <p><b>2. 의료급여 관리운영체계 개선</b> - 의료급여 사례관리요원 확대 배치: 32개 시·군·구에 간호사 또는 사회복지사를 배치하여 시범사업 중인 의료급여 수급자 관리사업을 단계적으로 확대하여 의료급여 환자의 적절한 치료유도, 상담, 사후관리 등 실시 - 의료급여 현지조사 기능 강화: 의료급여 특성에 맞는 선정기준 마련 및 조사대상 기관 선정으로 의료급여기관에 대한 진료비 허위·부당청구 감시</p> <p><b>3. 요양기관 종별가산율 및 정신과 정액수가 현실화</b></p>

	— 의료급여 재정을 감안하여 요양기관 종별가산율을 단계적으로 건강보험 종별 가산율 수준으로 조정하고 건강보험 행위별수가제에 비해 상대적으로 낮은 의료급여 정신과 수가, 혈액투석 수가 등 정액수가를 단계적으로 현실화
--	---

자료 : 참여복지5개년계획(2004)

계획 내용을 살펴보면, 우선 정부는 향후 인구 고령화로 인한 노인성질환자 및 만성질환자의 증가와 수급권자의 확대 등으로 의료급여 진료비의 지출이 지속적으로 증가할 것임을 예상하면서도, 수급권자의 확대와 급여범위의 단계적 확대 및 2종 수급권자의 본인부담금 완화 등을 통하여 저소득 취약계층에 대한 의료보장을 확대해 나갈 것임을 제시하고 있다.

또한 수요자 측면의 문제점으로 높은 비급여 비중으로 인한 수급권자의 본인부담이 과중함을 지적하고 있는 반면에 수급권자의 의료 오남용에 관해서는 언급하지 않고 있다. 다만 이와 관련된 내용으로 의료급여 사례관리요원을 확대 배치하여 적절한 치료유도와 상담, 사후관리 등을 통해 비효율적인 관리운영체계를 개선하겠다는 추진과제를 제시하였을 뿐이다.

이로 보건대 참여복지계획을 발표할 당시만 해도 정부는 수급권자의 의료 오남용 문제에 대해 심각하게 인식하지 않았고, 보장성 확대정책으로 인해 진료비 지출이 증가할 것임을 고려한 가운데서도 지속적인 재정부담의 확대를 표명하였음을 확인할 수 있다.

### 3) ‘희망한국21-함께하는 복지’ 사회안전망대책

뒤이어 참여정부는 갈수록 심화되는 사회양극화와 빈곤 문제에 대한 적극적인 대응 차원에서 열린우리당과 고위당정회의를 통해 ‘희망한국 21-함께하는 복지’(이하 희망한국)<sup>44)</sup>이라는 사회안전망 대책을 발표하고

44) 이 대책에서 정부가 “복지투자가 퍼주기나 낭비가 아니라 사회적 투자로 인식하는 사회정책의 패러다임 전환” 즉, 복지투자로 경제성장을 견인한다는 ‘사회투자’적 관점으로 사회정책을 재구조

(’05.9.26), 이를 위해 향후 4년간 총 8조 6천억 원을 신규투자하기로 합의하였다(보건복지부, 2005b).

이 대책에서 정부는 ‘적정 사회복지지출확보, 촘촘한 사회안전망 구축, 사회안전망 평가 강화, 수요자 중심으로의 복지인프라 혁신’ 등의 4대 비전과 함께 ‘기초생활보장제도 내실화, 차상위 계층에 대한 빈곤예방 및 탈빈곤 강화, 사회안전망 추진체계 개편’ 등의 3개 분야에 대해 22개 추진과제를 제시하였다(보건복지부, 2005b).

의료급여제도와 관련해서는 “비수급 빈곤층에 대한 보장이 미흡하고 건강보험과 비교시 노인, 장애인, 고액 중증질환자의 비율이 높아 급여비 지출이 급증하고 있다.”는 문제인식과 함께 의료급여 대상을 차상위 계층으로 확대해 나가고 의료급여 2종의 본인부담율을 완화하여 의료접근성을 강화시키겠다는 대책<sup>45)</sup>을 제시하고 있다. 이는 기존의 참여복지대책에서 발표한 정책과제의 내용이 반복된 것으로서 보장성 강화라는 정부의 정책기조가 계속 유지되고 있음을 확인할 수 있다.

그런데 세부개선대책으로 ‘의료 과다이용(moral hazard)의 방지방안 강구’가 추가되었는데, 수급권자의 적정의료 이용을 유도하기 위하여 각 시군구에 사례관리요원을 배치하여 연 365일 이상 수진자에 대한 관리강화를 추진할 것이라고 밝혔다. 또한 검토과제 중에 국가유공자 등 공적부조 대상이 아닌 수급권자를 건강보험으로 전환(보험료 지원)하는 방안을 제시한 것으로 볼 때 당시 정부 내부에서 의료급여 재정 급증문제와 수급권자의 남수진 문제에 대한 논의가 진행되고 있었음을 짐작해 볼 수 있다.

그렇지만 이 대책에 담긴 ‘공공부조개편 주요정책 우선순위 분석’에서 ‘기

---

화하겠다고 밝힌 점을 주목할 필요가 있는데(남기철, 2005), 여기서 처음 언급된 ‘사회투자’개념이 그 다음 해 발표된 국가 장기종합전략인 ‘비전2030’의 핵심논리로 활용되었기 때문이다.

45) 18세미만 아동, 임산부, 장애인인 차상위계층에 대해 선별적·단계적으로 의료급여를 확대(16만명)하고, 급여 2종 수급권자(63만명)의 본인부담율을 15%에서 10%로 조정(’07년)하겠다고 밝혔다(보건복지부, 2005b).

초생활보장제도의 부양의무자 기준 개선'에 이어 '저소득층 의료급여 확대'가 종합 2순위에 선정된 것(표10)을 보면 이때까지 의료급여제도에 대한 정부의 입장은 '재정절감'보다 '보장성 강화'에 더 중점을 두고 있었다고 생각할 수 있다.

표 10. 희망한국21대책: 공공부조개편 주요정책 우선순위

정책 영역		프로그램명		정책 중요도	
				종합	순위
기초생활	기초보장제도 선정범위확대	부양 의무자 기준 개선	86	1	
		재산의 소득환산율 개선	74	13	
	긴급지원제도 도입		80	3	
근로지원 (통합평가)	자활지원	자활지원개선	79	5	
		자활지원개선(융자)	79	5	
	직업능력개발 및 취업지원		79	5	
욕구별 서비스 확대	의료서비스	저소득층 의료급여 확대	84	2	
	주거서비스	주거급여 개선	80	3	
인구 특성별 지원 확대	아동	보육 및 교	보육지원(아동수당과 통합평가)	74	12
		육서비스		교육지원	70
		지역사회 빈곤아동 종합복지		79	5
	노인	차상위 노인 무료요양시설 보호 강화		76	11
		치매노인 그룹홈 설치·운영지원		78	9
		노인일자리 사업		62	15
	장애인	장애수당 지급 확대		77	10

자료 : 보건복지부(2005b)

#### 4) '비전 2030-함께 가는 희망한국' 전략

참여정부는 집권 4년차인 2006년에 저출산·고령화, 저성장, 양극화 등의 사회적 위험요인에 대한 체계적인 대응전략을 수립하기 위하여 '비전 2030-함께 가는 희망한국(이하 비전2030전략)'이라는 최초의 국가 장기 종합전략을 발표('06.8.30)하였다(보건복지부, 2006f).

비전2030전략에서 기존의 ‘선(先)성장 후(後)복지’ 패러다임에서 벗어나 복지정책을 성장전략의 하나로 여기는 ‘동반성장’ 패러다임을 제시하였고, 이에 따라 복지전략도 기존의 ‘구호적 복지’에서 미래를 위한 ‘선제적 투자’ 개념의 복지로 전환하였다(보건복지부, 2006f).

비전2030전략의 발표에 맞춰 보건복지부도 ‘사회투자정책 4대 역점과제’(’06.8.21)와 ‘의료급여제도개편’이 포함된 6개 소관과제<sup>46)</sup>를 발표하였다.

그리고 2007년 보건복지예산안 편성에 있어서도 기초생활·의료급여·건강보험 등 ‘수요관리형’ 사업의 예산은 그동안의 급증 추세를 억제·완화하는데 초점을 두는 반면에 ‘희망스타트프로젝트’나 ‘아동발달계좌’와 같은 ‘사회투자형’ 사업의 비중은 대폭 확대하는 방향으로 설정하였다(보건복지부, 2006j).

비전2030전략에 제시된 의료급여제도 개편과제는 실은 발표 이전부터 이미 진행 중에 있었다. 보건복지부는 유시민 장관이 취임(’06.2.10)한 이후부터 의료급여 재정문제를 해결하기 위한 적극적인 노력을 기울이고 있었고, 비전2030 발표에 앞서 ‘의료급여혁신 종합대책’(’06.7.28)을 수립하여 내부적으로 구체적인 정책도입을 논의 중에 있었기 때문에 시기의 선후를 고려했을 때 2007년 의료급여정책 변동이 비전2030전략의 발표로 촉발된 것은 아니었다.

그렇지만 비전2030 수립은 1년 전부터 민간작업단이 구성되어 추진되었으므로 발표시점 이전에 이미 정부 내부에서는 비전2030전략의 대략적인 내용이 공유되어 이를 기반으로 한 부처별 세부 정책들이 추진되었을 것이다. 그리고 무엇보다 중요한 점은 새로운 정책기조가 제시됨에 따라 기존의 참여복지 정책기조 하에서 추진되었던 ‘의료급여제도의 지속적인 보장

46) 비전2030의 50대 혁신 과제 중 복지부의 소관과제 6개는 다음과 같았다.(보건복지부,2006j)

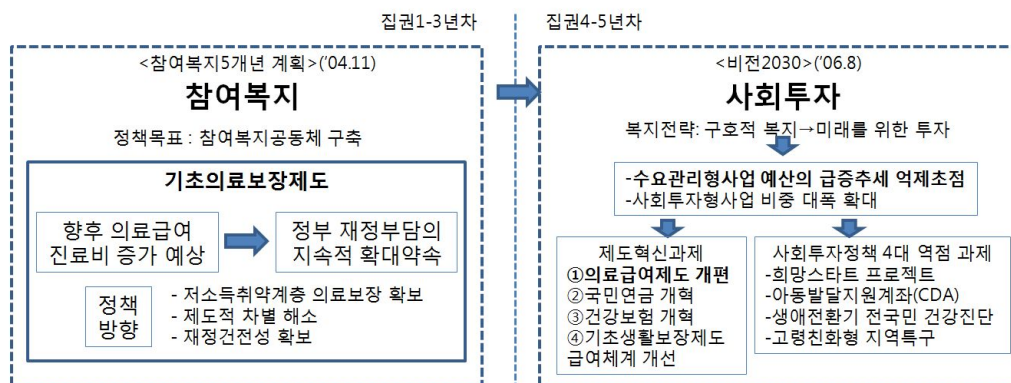
－ 제도혁신 과제(① **의료급여제도 개편** ② 국민연금 개혁 ③ 건강보험 개혁 ④ 기초생활보장제도 급여체계 개선), 선제적 투자 과제(① 노인수발보험제도 도입 ② 장애인복지 종합대책 수립추진)



성 확대'라는 정책노선을 철회하는데 따르는 부담을 덜 수 있었다는 점이다. 왜냐하면 사회투자 정책기조에서는 기본적으로 복지확대를 내세우긴 하지만 재정의 지속가능성이 위협받고 있는 경우에는 먼저 제도혁신을 전제로 투자를 확대해야 한다는 원칙이므로, 의료급여제도가 비효율적이고 낭비적으로 운영되고 있다고 판단한 해당 정책담당자들은 새로운 정책기조 하에서 의료급여제도 개정의 정당성을 확보할 수 있었다.

따라서 정부의 2030비전 전략을 통한 복지정책 기조의 변화는 당시 의료급여재정 안정화를 위해 추진 중이었던 정책에 명분과 동력을 제공하였다고 볼 수 있다.

그림 7. 참여정부의 복지정책기조 변화



자료 : 참여복지기획단(2004), 보건복지부(2006j)

이상의 참여정부 임기 동안 복지정책기조의 변화를 살펴본 결과는 다음과 같다.

참여정부는 집권 1~3년차 동안 참여복지의 정책기조 하에서 의료급여제도의 보장성 강화에 우선순위를 부여하고 정책을 추진하였다. 그러나 집권

4년차에 들어서 비전2030 전략을 발표하면서 사회투자로 정책기조를 전환하였고, 이러한 변화된 정책기조 하에서 보건복지 분야의 신규 사회투자 사업에 재정배분의 우선순위가 밀린 의료급여제도는 재정 안정화를 핵심 정책목표로 하는 제도운영이 이뤄지기 시작하였다. 따라서 이러한 정부의 정책기조 변화는 2007년 의료급여정책 변동이 발생하는데 영향을 미친 정부체계적 원인 중 하나였다고 볼 수 있다.

## 2. 청와대 및 경제부처의 영향력 요인

앞서 살펴보았듯이 2005년 9월 ‘희망한국21’ 사회안전망 대책을 발표할 때까지만 해도 정부는 의료급여제도의 보장성을 확대해 가겠다는 입장이었다. 그런데 얼마 지나지 않은 2006년 4월 27일에 ‘의료급여제도혁신 추진 계획’을 발표하며 급여재정 안정화를 위한 적극적인 대책 마련에 나선다. 그렇다면 이 두 시점 사이에 무슨 일이 있었기에 급여재정문제가 정책의제로 부상하게 되었을까?

가장 결정적인 요인으로 추정되는 바는 2006년 연초에 있었던 ‘보건복지부 장관의 교체’이다. 김근태 전임장관과 유시민 신임장관, 두 사람 다 집권여당의 실세 국회의원 출신으로서 경제부처로부터의 예산 압박에 굴하지 않고 소신 있게 정책을 추진할 수 있는 역량을 갖춘 장관들이었다. 따라서 장관교체를 기점으로 발생한 의료급여정책의 노선변화는 두 장관의 의료급여에 대한 기본신념의 차이에서 기인했을 가능성이 있고, 이에 대해서는 ‘정책결정자 요인’에서 살펴보고자 한다.

그리고 중요한 영향을 미쳤을 것으로 보이는 요인은 바로 청와대와 경제부처 요인이다. 대통령 중심제인 우리나라에서 대통령은 정책과정 전반에

막강한 영향력을 행사하며, 부처 장관은 구체적인 정책을 만들기 전에 비공식적으로 미리 대통령으로부터 기본방향이나 방침을 지시받는 경우가 많다(정정길 외, 2016). 따라서 이 당시에도 의료급여재정 문제에 대한 대통령의 정책적 의지가 담긴 지시사항이 복지부에 전달되었을 수 있고, 혹은 국가예산을 책임지고 관리하는 경제부처로부터 압력이 있었을 가능성도 있다.

그러나 이는 다 추정에 불과하며 관련 문헌조사나 면담조사를 통해 이러한 요인의 직접적인 개입을 입증할 수 있는 근거는 찾지 못하였다.

따라서 이러한 비공식적인 개입의 여부보다는 정책변동과 관련된 공식적인 사건에 주목할 필요가 있는데, 바로 기획예산처<sup>47)</sup>가 주관한 ‘국가재정운용계획<sup>48)</sup>을 위한 사회복지·보건분야 공개토론회(06.3.23)’와 대통령 주재로 열렸던 ‘국무위원 재정배분회의(06.4.22~23)’가 그것이다.

#### 1) 기획예산처의 의료급여제도 합리화 방안

기획예산처는 2006년 당시 의료급여 재정문제를 정책 의제로 설정되게끔 만드는데 주요한 역할을 하였다. 당시 기획예산처는 국가재정운영의 입장에서 의료급여 재정지출의 급증문제를 해결해야 할 우선과제로 판단하고 ‘의료급여제도 합리화 방안’이라는 주제로 학계, 연구소, 언론 등의 전문가

47) 기획예산처는 재정 정책, 국가재정운용계획의 수립, 예산의 편성 및 기금운용계획안의 협의·조정, 예산·기금의 집행 및 성과의 관리 등에 관한 사무를 담당하는 부처로 1999년 5월 24일 예산청과 기획예산위원회를 통합하여 발족하였으나 2008년 2월 29일 재정경제부와 통합하면서 기획재정부로 개편되었다.

48) 참여정부 당시 단년도 위주의 예산편성으로 인해 중장기적 시각에서 국가비전과 발전전략을 효과적으로 지원하고 재정건진성을 견지하기가 곤란하다는 점과 일반회계 이외에 특별회계와 기금이 증설되어 재원배분의 효율이 떨어지고 재정구조를 이해하기 어려워 투명성이 저하된다는 비판이 제기되자, 정부는 2004년부터 예산과 기금을 포괄하는 통합재정기준으로 5년 단위의 국가재정운용계획을 수립하여 매년 작성하고 있다(기획재정부).

가 참석한 공개토론회를 개최하였다(기획예산처, 2006a).

토론회 발제 자료를 보면 기획예산처는 토론회 이전부터 이미 ‘사회복지·보건 분야 작업반’을 구성하여 구체적인 방안을 논의 중에 있었다(기획예산처, 2006b).

토론회 발제 자료에서 기획예산처는 과거 수년간 의료급여 지출이 ‘지수적’ (exponentially)으로 증가해 왔으며 향후 정부의 보장성 강화정책으로 인해 더욱 급격히 증가할 것으로 전망하면서, 이러한 재정지출증가 속도를 고려할 때 재정책대에 앞서 의료급여 수급권자의 의료비지출의 효율화 메커니즘을 마련하는 것이 선결과제라고 주장하였다.

기획예산처는 의료급여비 증가의 주요 요인으로 수급권자의 양적 증가, 보장성확대 정책 및 수급권자 구성의 변화 등을 제시하면서도, 수급권자의 과다이용 동기와 행위별 수가제도 상황에서 의료제공자의 과다제공 동기가 상승작용을 일으켜 진료비 지출이 급증하고 있다고 분석하고 있다(기획예산처, 2006b).

즉, 수급권자와 의료제공자의 도덕적 해이로 인한 의료비 남용이 가능한 구조에서 정부예산의 과도한 투입은 재정낭비를 초래할 수 있다고 지적하면서 이를 개선하기 위해 의료급여제도에 ‘건강관리향상지원체계’라 명명한 의료이용 관리체계와 쌍방향 절감 인센티브 지불체계 및 다차원적 경쟁체제를 도입하는 방안을 제시하였는데, 그 취지는 한마디로 본인부담 도입을 통해 의료급여 진료비의 ‘남용방지 메커니즘’을 만들어야 한다는 것이었다(기획예산처, 2006b).

이러한 기획예산처의 방안에 대해 토론회에 참석한 패널 대부분은 의료급여 재정문제의 심각성에 대해서는 동의하면서도 구체적인 해결방안에 있어서는 신중을 기해야 한다는 입장을 표명하였다(기획예산처, 2006c).

국가재정운용계획의 절차에 따라 기획예산처는 공개토론회 결과를 가지고

보건복지부와 재정배분에 관한 논의에 들어갔을 것이고, 바로 이 때 자신들이 계획한 방안을 제시하였을 것으로 보인다. 그리고 토론회가 있고 한 달 뒤에 열린 국무위원 재원배분회의에서 보건복지부가 ‘의료급여조정’ 문제를 주요안건으로 상정함<sup>49)</sup>에 따라 의료급여 재정문제는 정부의 주요정책의제로 부상하게 되었다.

기획예산처는 이러한 정책의제 설정 뿐 아니라 실제 복지부의 대안 마련과 정책 결정에도 많은 영향을 미친 것으로 볼 수 있는데, 그 근거는 바로 기획예산처와 복지부의 의료급여 재정문제에 대한 인식과 정책대안의 유사성 때문이다.

우선 급여재정문제에 접근함에 있어서 대상자 수 확대와 급여범위 확대 등의 구조적 측면에 초점을 맞춘 것이 아니라 비용의식이 없는 수요자와 공급자의 행태를 문제시삼고 이를 해결하기 위해 경제학적 논리에 따른 ‘인센티브 또는 본인부담금’을 도입해야 한다고 판단한 점에서 두 부처의 관점은 동일하였다.

그리고 기획예산처가 제시한 인센티브 도입방안이 동일한 정책논리를 가진 ‘급여1종 외래본인부담제’와 ‘건강생활유지비 지원제도’로 시행되었고, 수급권자를 대상으로 한 ‘건강향상지원 주치의제도’ 도입방안의 경우도 유사한 장관이 국민보고서에서 ‘주치의제도’를 직접 언급하기도 했을 만큼 실제 복지부의 논의과정에 포함되었고, 결과적으로 이와 유사한 방식의 ‘선택병의원제’가 시행되었다.

따라서 구체적인 정책내용에서는 차이가 있지만 복지부의 본인부담제 및 선택병의원제와 기획예산처가 제시한 방안의 유사성이 높은 점과 국가재정운용계획에 의해 양 부처 간 긴밀한 협의 과정이 이뤄졌다는 점을 감안한다면, 이는 정책 의제화 과정에서뿐만 아니라 구체적인 정책방안의 마련에

---

49) 한국일보. 2006.4.20. “재원배분회의 주말 밤샘토론 장관들 격돌”

있어서도 기획예산처가 직·간접적인 영향력이 미친 것으로 이해할 수 있다.

## 2) 국무위원 재원배분회의<sup>50)</sup>

앞서 기획예산처의 공개토론회가 의료급여 재정문제를 정책의제로 쟁점화한 첫 공식 사건이었다면, 그 뒤에 열린 국무위원 재원배분회의는 의료급여 재정문제를 범 행정부 차원의 공식 의제로 채택하게 된 사건으로 볼 수 있다.

참여정부 후반의 재정운용전략 수립과 각 부처별 재원배분 우선순위에 대한 합의를 이끌어 내기 위하여 2006년 4월 22~23일에 대통령 주재로 국무위원 재원배분회의가 열렸다. 회의결과에 따라 국가재정 운용계획시안이 마련되고 다음 해 각 부처별 예산과 지출한도가 결정되기 때문에 장관들은 해당 부처의 사활을 걸고 치열한 논쟁을 벌였다.

회의의 주요 의제는 대통령이 연초부터 화두를 던진 ‘양극화 해소 방안, 저출산·고령화 탈출전략, 국가적 성장전략 수립’ 등이었다. 회의내용은 대외비로 정해져 구체적으로 어떤 논의가 이루어졌는지 확인할 수 없지만, 다만 확실한 점은 대통령의 모두 발언에서 알 수 있듯이 증세하지 않는 가운데 지출 분야 간 구조조정을 통해 복지예산을 확보하는 방향으로 논의가 진행되었을 것이라는 점이다.

보건복지부는 회의의 전체 29개 토론주제 가운데 관련주제가 9개로 가장 많았고, 신규복지사업에 필요한 재원 마련을 위하여 3조원 이상의 예산 확보를 목표로 하고 있었다. 한정된 국가재정의 범위에서 보건복지부가 추가

---

50) 다음의 언론 보도를 참고 자료로 활용하여 작성하였다.

대한민국 정책포털. 2006.4.23. [재원배분회의 노 대통령 발언 전문]“국민부담 늘지 않게”

한국경제. 2006.4.24. “재원배분회의 .. 복지분야 세출 구조조정 강력주문”

한국일보. 2006.4.20. “재원배분회의 주말 밤샘토론 장관들 격돌”

로 가져가는 예산만큼 다른 부처의 예산이 삭감될 수밖에 없는 ‘제로섬’(zero-sum) 상황이었기 때문에, 유시민 장관의 입장에서는 복지부에 대한 다른 부처들의 불만을 잠재우면서 예산확보의 정당성을 제시하기 위하여 복지부 예산의 효율적 운영을 담보하지 않을 수 없었을 것이고, 그 일환으로 당시 기획예산처가 문제를 제기한 의료급여 재정문제를 해결하겠다는 정책목표와 그 구체적 방안을 밝혔을 가능성이 높다.

결과적으로 재원배분회의가 끝난 직후인 4월 27일 복지부는 ‘의료급여제도 혁신 추진계획’을 발표하며 본격적으로 급여재정 안정화 작업에 착수하였다. 이러한 일련의 맥락을 고려했을 때 재원배분회의에서 의료급여제도에 관하여 논의되고 결정된 정책사항이 하나의 ‘프레임’ 또는 ‘가이드라인’의 역할을 하면서 이후 복지부가 구체적인 대안을 마련하고 결정해 나가는 데 일정한 영향을 미쳤을 것으로 보인다.

### 3. 보건복지부 요인

앞선 논의를 통해 왜 의료급여 재정안정화가 정부의 주요의제로 채택되었는지를 살펴보았다면, 여기서는 의제로 선정된 이후 복지부 내의 어떤 정책결정과정을 거쳐 최종적으로 수급권자의 의료이용을 제한하는 내용의 정책도입이 결정되었는지 살펴보려고 한다.

#### 1) 의료급여제도 혁신 추진계획('06.4.27)<sup>51)</sup>

---

51) 2006년에 발표된 보건복지부의 ‘의료급여제도 혁신계획안’과 4월 28일자 보도자료인 ‘의료급여 이용의 적정성 제고를 위한 혁신 추진’을 참고하여 작성하였다.

재정배분회의가 끝나고 며칠 뒤인 4월 27일 보건복지부는 ‘의료급여제도 혁신 추진계획’(이하 추진계획)을 발표한다.

추진계획에 따르면 그간 수급권자와 의료공급자에 대한 효율적인 관리와 제도정비 등의 ‘질적 내실화’가 미흡하여 ‘적정의료급여’ 문제가 제기되고 있다면서, 이에 대해 의료급여 이용의 오남용을 철저히 관리하고 서비스의 질적 향상을 도모하기 위하여 추진계획을 발표하게 되었다고 밝혔다.

그러나 여기서 복지부가 언급하고 있는 ‘질적 내실화’와 ‘적정의료급여’ 문제란 의료 오남용으로 인한 수급권자의 건강상 위해문제가 아니라 진료비 지출의 급증으로 인한 재정 불안정성 문제를 의미하고 있는 것으로서, 이는 추진계획안에 상세히 제시되어 있는 진료비 지출증가 수치의 도표와 그래프를 보면 알 수 있다.(표 11)

표 11. 의료급여 진료비 지출의 연도별 추이

구분	'02년		'03년		'04년		'05년	
	금액 (억원)	증감율 (%)	금액 (억원)	증감율 (%)	금액 (억원)	증감율 (%)	금액 (억원)	증감율 (%)
총진료비	19,824	7.6	21,655	9.2	25,658	18.5	<b>31,765</b>	<b>23.8</b>
1종	16,180	10.7	18,049	11.6	21,547	19.4	<b>26,209</b>	<b>20.8</b>
2종	3,644	△3.7	3,607	△1.0	4,111	14.0	<b>5,556</b>	<b>35.1</b>

자료 : 의료급여혁신 추진계획안(보건복지부, 2006)

추진계획의 주요내용을 살펴보면 먼저 의료공급자 대책으로 ‘특별실사대책반’을 구성하여 부적정 의료기관에 대한 기획실사를 실시하고 수급권자에게 진료정보를 제공하여 허위·부당청구의 신고를 유도할 계획이라고 밝혔고, 수급권자 대책으로는 급여일수가 500일을 초과한 자에 대해 실태조사를 실시하면서 사례관리를 강화하는 한편 정보제공을 통해 스스로 적정



의료를 이용하도록 유도해 나갈 계획이라고 밝혔다. 또한 지원체계 및 인프라 정비를 위한 의료급여관리 전문인력의 확충과 의료급여심의위원회 활성화, 자문의제도 도입 및 지역사회관리 혁신팀의 운영 등을 통해 일선 시군구 보장기관의 관리역량을 강화하겠다고 밝혔다.

한편 이러한 단기대책과 함께 중장기 대책으로 주치의제도나 본인부담제 등의 의료전달체계 및 지불보수체계 개편 등도 검토해 나갈 계획이라고 하면서 이러한 중장기 과제를 논의하기 위하여 학계 및 연구기관의 외부전문가와 관련부처 공무원으로 구성된 ‘의료급여제도 혁신위원회’를 운영할 계획이라고 밝혔다.

그런데 추진계획에서 수요자와 공급자 대책으로 제시한 의료기관 기획실사나 수급권자 실태조사 및 사례관리 강화 등은 이미 김근태 장관 시절에 발표된 ‘의료급여재정 누수대책’(’05.9.20)에 포함된 방안들<sup>52)</sup>이었다(보건복지부, 2005a).

따라서 추진계획에서 새롭게 제시된 것으로 주목해야 할 부분은 외부 전문가들이 참여한 혁신위원회의 논의과정을 거쳐 “주치의제도나 본인부담제 등의 중장기 과제를 검토해나가겠다.”는 것으로 이후 전개 과정을 살펴보면 바로 여기에 추진계획을 발표한 복지부의 진의가 담겨 있었음을 알 수 있다.

물론 복지부는 실제로 추진계획에 따라 특별실사대책반을 구성하여 전면적인 기획실사와 특별사례관리를 시행하면서 허위청구기관과 부정수급자를 적발하는데 주력하는 모습을 보였고, 그 성과로 전년 대비 급여진료비의

52) 2006년 9월 21일 김근태 장관은 공급자와 수급권자의 도덕적 해이를 방지하기 위하여 ‘허위부당청구 모니터링 강화, 신고보상금 활성화 및 불필요한 이용자에 대한 집중 관리 시스템 도입’ 등의 재정누수 방지대책을 추진하기로 발표하였다. 특히 수급권자들의 일부 도덕적 해이를 방지하기 위하여 ‘건수중심 사례관리 중점대상자’ 집중관리시스템을 도입하였는데, 이는 건강보험공단에서 동일·유사 상병으로 여러 기관을 중복적으로 이용하는 수급권자에 대한 정보를 제공하면 의료급여 사례관리요원을 통하여 밀착상담과 교육을 실시하여 적정의료이용을 유도하는 방안이었다(보건복지부, 2005a).

증가폭을 일정부분 감소시킬 수 있었다<sup>53)</sup>. 이러한 ‘응급조처’에 해당하는 노력들이 처음부터 본인부담제와 같은 정책도입의 명분을 쌓기 위한 사전 ‘정지’(整地)작업의 일환이었다고 단정할 수는 없다. 그러나 국민보고서 발표 시점인 2006년 하반기에는 그간의 관리감독 강화로 인해 진료비 지출의 증가추이가 한풀 꺾인 상태였음에도 불구하고 근본대책이 필요하다는 본인부담제 등의 정책도입을 발표한 것을 볼 때 이미 4월 추진계획 발표 시점에서부터 이러한 정책추진의 로드맵이 세워졌던 것으로 볼 수 있다.

즉, 복지부의 추진계획은 표면적으로는 기획실사나 사례관리 강화 등의 여러 단기대책을 실시하는데 중점을 두고 있으면서도 이후에 본인부담제와 같은 수급권자 대책을 꺼내기 위한 포석으로서의 의도도 함께 내포하고 있었던 것이다.

이는 정부가 재정절감을 위한 아무런 노력도 하지 않았으면서 곧바로 힘 없는 수급권자들의 혜택만 줄이려한다는 비난을 의식한 전략적 판단에 따른 것으로 볼 수 있다. 이어서 혁신위원회 내부 논의과정을 살펴봄으로써 이러한 추정의 타당성을 검토하고자 한다.

## 2) 의료급여제도 혁신위원회<sup>54)</sup>

추진계획에 따르면 보건복지부는 실무검토로만 추진 가능한 과제는 ‘의료급여혁신기획단’(이하 혁신기획단)<sup>55)</sup>에서 담당하도록 하고 핵심 제도개선

53) 단기 혁신대책을 추진한 결과 수급권자의 의료기관 방문횟수 증가율이 ‘49.4%(’05.9월)→20.4%(’06.9월)’로 크게 둔화된 것으로 나타났다(보건복지부 기초의료보장팀, 2006b).

54) 제 3,4,5차 의료급여제도 혁신위원회 자료집을 참고하여 작성하였다.

55) 혁신기획단은 사회복지정책본부장을 단장으로 하여 보건복지부, 건강보험공단, 심평원 등의 인사로 구성되었으며, 주요 과제에 대한 추진상황을 주기적으로 점검하면서 혁신위원회에 참여하여 실무의견을 제시하고 자료를 제공하며 협의하는 등의 위원회의 활동을 지원하는 역할을 수행하였으며, 이 밖에도 공급자 관리나 사례관리 강화와 관리체계 정비 등의 실무를 담당하였다(보건복지부, 2006a).

과제<sup>56)</sup>로서 공론화가 필요한 과제는 ‘의료급여제도 혁신위원회’(이하 혁신위원회)에서 논의하도록 하였다. 그리고 혁신위원회에서 합의된 방안은 ‘중앙의료급여심의위원회’의 논의를 거쳐 최종 확정하도록 하는 절차를 제시하였다.

혁신위원회는 보건복지부 장관의 자문기구였지만 실제 그 이상의 중요성과 권한을 가진 기구였다. 이는 정부가 혁신위원회에서 합의된 결정에 따라 정책을 추진하기로 원칙을 세운 만큼 만약 혁신위원회에서 보류하거나 반대한 정책을 강행할 시에는 상당한 정치적 부담을 감수해야만 되기 때문이었다.

그리고 복지부가 혁신위원회를 설치하여 운영한 데에는 단지 정책대안을 마련하기 위한 것만이 아니라, 주치의제나 본인부담제와 같이 이해관계자들에게 민감한 정책사항을 추진함에 있어서 외부전문가들이 참여한 가운데 충분한 의견수렴과 공론화 과정을 거쳤다고 하는 ‘절차적 정당성’을 확보하기 위한 목적도 있었다.

따라서 당시 이러한 의미를 가졌던 혁신위원회가 어떻게 구성되어 운영되었는지 살펴보는 것은 2007년 의료급여정책 변동의 원인을 규명하는데 도움이 될 것이다.

먼저 혁신위원회의 구성을 살펴보면, 위원장을 포함하여 학계 11명, 보건복지부 4명, 경제부처 2명 그리고 보건사회연구원과 건강보험공단, 심사평가원 각 1명으로 총 20명이 포함되었다.

그런데 혁신위원회 구성에서 수급권자나 의료 공급자와 같은 정책의 이해 당사자들을 대표하는 위원이나 시민단체 측 위원은 배제되어 있었다. 이는 사회의 다양한 여론을 수용하기에 부적합한 구성으로서 사회적 합의를 도

---

56) ‘핵심 제도개선과제’에는 ‘주치의제도 및 총액계약제도, 본인부담제 등 의료전달체계 및 지불보수체계 개선, 약물사용 적정관리 시스템 도입, 의료급여 자문의제도 도입 및 지자체 역할 강화 방안, 혁신기획단의 주요 추진과제 논의’ 등이 해당하였다(보건복지부, 2006a).

출하기 위한 공론의 장으로 혁신위원회를 운영하겠다는 복지부의 취지에 맞지 않는, 즉 전문가와 관료 중심의 편향되고 폐쇄적인 인적 구성이었다. 그리고 이것은 바로 자신들의 의도대로 혁신위원회의 논의를 끌여가고자 하는 복지부의 의도가 반영된 결과였다.

이렇게 구성된 혁신위원회는 추진계획이 발표되고 나서 한주 뒤인 5월 3일에 출범식 겸 1차 회의를 개최하였고, 본격적인 논의는 2차 회의('06.7.18)에서부터 이루어졌다. 2차 회의에서는 효율적인 과제추진을 위하여 3개의 분과위원회를 구성하여 각 분과위원회별로 과제를 분담하고 이에 대한 구체적인 정책 방안을 개발하여 전체위원회에서 보고하기로 결정하였는데, 분과위원회 별로 분담된 과제는 다음과 같았다.(표12)

표 12. 분과위원회 별 제도개선과제

구분	제도개선과제
제1분과 (수요자 측면)	1. 본인부담금제도 도입·인센티브제 도입방안 2. 의료보장체계 간 역할 분담 3. 의료급여제도의 보장성 개선방안
제2분과 (공급자 측면)	4. 의료급여제도 의료공급체계 개선방안 5. 국공립병원 희귀난치성질환 집중치료센터 설립방안 6. 의료급여 수가 및 지불제도 합리화 방안 7. 약물사용 적정관리 시스템 도입방안
제3분과 (관리운영측면)	8. 의료급여 관리운영주체 형성방안 9. 지역사회 보건복지서비스와 의료급여 통합운영 검토

자료 : 제3차 의료급여제도 혁신위원회 내부문건(보건복지부 기초의료보장팀, 2006a)

여기에서 주목해 볼 점은 수요자 측면의 첫 번째 과제로 제시된 ‘본인부담 및 인센티브제 도입 방안’이다. 아직 혁신위원회 회의에서 구체적 논의가 시작되지 않은 시점에서 이미 과제로 선정된 것으로 볼 때, 이전부터 복지부 내에서 본인부담제에 대한 논의가 진행되어왔음을 알 수 있고, 따라서 혁신위원회는 복지부가 제시한 과제에 따른 구체적인 방안을 논의하

고 개발하는 역할을 담당한 것으로 볼 수 있다.

물론 당시 혁신위원회에서 본인부담제 도입에 관한 찬반 논의가 있었다. 그러나 정부 측이 제시한 급여재정 문제의 심각성과 본인부담제의 필요성에 대해 일부 위원들만이 반대의견을 개진하였을 뿐 대다수 위원들이 동의하면서 본인부담제를 도입하는 방향으로 혁신위원회의 중론이 모아졌다.

2차 회의 이후 ‘의료급여혁신 종합대책 및 세부추진계획’(’06.7.28) 발표가 있었다. 여기서는 ‘혁신추진계획’에 따른 그간 추진실적에 대한 보고와 함께 정부가 추진하는 단기 실천과제와 혁신위원회에서 논의 중에 있었던 중장기 실천과제가 포함되었는데, ‘본인부담 및 인센티브제 도입’에 관한 3가지 검토방안과 추진 일정도 제시되었다.(표13)

표 13. 본인부담제 또는 인센티브제 도입 추진방안 및 일정

---

○ 1안 : 본인부담금 제도 도입 방안

본인부담금이 없는 1종 수급권자에게 일정액을 선지급하고 외래·투약시 본인부담을 부과한다. 본인부담금이 선지급액에 미달하는 경우 수급권자에게 차액을 귀속하도록 하여 과다이용을 줄일 인센티브 부여하는 방안으로 **일정횟수 이상시 자비로 본인부담금**을 납부하도록 하여 불필요한 의료이용을 방지할 수 있다.

○ 2안 : 인센티브제 도입 방안

본인부담제와 동일하게 일정액(건강생활유지비)를 선지급하고 본인부담금을 부과하나 기준 이상 사용시 **기존처럼 국고 부담으로** 한다. 이 경우는 과다이용을 줄일 인센티브만 존재하며 이용횟수와 본인부담에 대한 관리 인프라 구축이 선결 조건이다.

○ 3안 : 절충안

본인부담금이 없는 1종 수급자에 대한 일정액을 선지급하고 기준이상 사용시에는 영수증 제출시 후지급하는 방안으로, 일정횟수이상 사용시 본인부담금을 선납부 후정산한다.

○ 추진 일정

모형개발 → (’06.12) 시범사업 인프라구축 → (’07.6) **시범사업 실시** → (’07.12) 시범사업 평가 및 전국확대 시행준비 → (’08.6) 전국확대 시행

---

자료 : 보건복지부(2006e)

그 내용을 살펴보면, 먼저 1안은 이후 도입되었던 본인부담제와 동일한

방식으로 일정액을 수급권자에게 선지급하면서 본인부담금을 부과시키고 선지급액을 초과하는 진료비는 본인이 부담하도록 하는 방안이었다. 2안은 1안과 유사한데 다만 선지급액을 초과하는 진료비는 원래대로 국고로 부담하겠다는 것이고, 3안은 1, 2안의 절충안으로 초과진료비를 수급권자가 먼저 지불하면 나중에 영수증 청구를 통해 정부가 환급해주는 방안이었다.

그러나 당시 관계자 진술에 의하면, 정부는 처음부터 1안 방식의 본인부담제를 추진할 계획이었고 나머지 2, 3안은 구색을 갖추기 위한 용도로 제시한 것이었을 뿐 실제 이에 대한 구체적 논의는 없었다고 한다.

이는 어쩌면 당연한 사실인데, 2, 3안의 방식은 도입되더라도 정부가 목표로 하는 재정절감의 효과가 미약할 것이었기 때문이다.

그리고 추진 일정에 있어서도 종합대책에서는 1년간의 시범사업 실시와 평가를 통해 전국으로 확대 시행하는 여부를 판단하도록 되어 있지만, 정부는 시범사업을 생략한 채 신속히 추진하여 제시된 일정보다 1년을 앞당긴 2007년 7월에 정책을 도입하였다.

이러한 혁신위원회의 시범사업 권고를 복지부가 수용하지 않은 이유로 두 가지 가능성을 생각해 볼 수 있는데, 하나는 굳이 시범사업을 거칠 필요가 없다는 실무적 판단에 따른 것이거나, 혹은 빠른 시일 안에 정책을 도입하여 재정절감의 가시적 효과를 얻고자 한 정무적 판단에 의한 것일 수도 있다. 진실이 무엇이었던지 간에 복지부가 혁신위원회의 시범사업 제안을 거부한 것은 주지의 사실이다.

종합대책 발표 이후 열린 3차 회의('06.8.24)에서는 과제담당자의 연구계획서를 참고하면서 과제별 추진방향과 구체적인 수행방식 등에 대한 논의가 있었는데, 특히 9가지 제도개선과제 중에 본인부담제 도입방안과 의료공급체계 개선방안이 중점적으로 논의되었다.

그리고 유시민 장관의 국민보고서 발표 이후에 열린 4차 회의('06.11.30)

에서는 국민보고서에서 제시된 과제들<sup>57)</sup>이 중점적으로 논의되었다. 특히 본인부담제의 경우는 본인부담금 수준과 건강생활유지비 지급 방안 및 면제대상 범위 선정과 관련된 논의가 있었고, 선택병의원제의 경우는 적용대상자의 범위와 등록방식, 관리운영 방식 등에 대한 논의가 이루어졌다.

이 두 과제는 다른 과제들에 비해 이른 시기에 완료하도록 일정(∼'06.12)이 정해져 있었는데, 이는 해를 넘기기 전에 본인부담제와 선택병의원제 도입을 입법예고하려는 복지부의 추진일정에 맞춰진 것이었다. 실제로 본인부담제 도입방안에 관한 연구보고서가 12월 18일에 제출되자 바로 그 다음 날인 19일에 복지부는 본인부담제 도입을 골자로 하는 입법예고를 발표하였다.

그 뒤로 혁신위원회는 한동안 개최되지 않다가 5차 회의('07.7.19)를 마지막으로 해산되었다. 마지막 회의에서는 그동안 추진되었던 정책현황에 대한 정부의 보고와 함께 연구 결과에 대한 논의가 있었다.

결과적으로 혁신위원회에서 담당한 과제 중 4개의 과제가 정책으로 도입되었는데, '본인부담제도 도입·인센티브 도입방안'과제는 본인부담제 시행('07.7월)으로, '의료공급체계 개선방안'과제는 선택병의원제 시행('07.7월)으로, '의료보장체계간 역할분담'과제는 차상위계층의 건강보험 전환('08년)으로, '지역사회 보건복지서비스와 의료급여 통합운영'과제는 텔레케어센터 시범사업('07.6월)으로 각기 추진되었다.

이 4개의 과제 중에 텔레케어센터 시범사업을 제외한 나머지 3개 과제 모두 수급권자의 혜택을 제한하거나 제외시키는 방식을 통해 급여재정을 절감시키기 위한 정책들이었다. 그리고 그 밖에 제도개선과제들, 즉 보장성 개선 과제나 급여수가 및 보상체계 개편과제, 희귀난치성질환 집중치료

---

57) 국민보고서에서 근본적 제도혁신과제로 주치의제도와 지정병원제도, 본인부담금제 도입, 희귀난치질환 전문치료센터, 지방자치단체의 책임성 강화를 제시하였다(유시민, 2006).

센터 설립 과제 등이 정책도입의 우선순위에서 밀린 것은 바로 재정절감의 효과가 없거나 혹은 재정지출을 더 악화시키는 정책들이기 때문으로, 이는 당시 복지부가 ‘의료급여 재정절감’이라는 목표에 얼마나 집중하고 있었는지를 잘 보여주는 결과였다.

이상의 논의를 종합해 볼 때 당시 혁신위원회는 주로 정부가 제시한 과제에 대한 구체적인 정책방안을 논의하고 개발하는데 중점으로 두고 운영되었다. 즉, 앞서 ‘추진계획’에서 추정했던 것처럼 정부는 혁신위원회를 출범시키기 이전부터 본인부담제 도입을 위한 로드맵을 가지고 있었던 것이다. 혁신위원회는 이러한 정부의 정책계획에 따라 이를 구체적으로 다듬는 조력자 역할을 한 것에 불과하였다.

그리고 혁신위원회에서 본인부담제와 선택병의원제 도입과 같은 수급권자의 의료이용을 제한하는 정책방안에 중점을 두고 논의가 이뤄질 수 있었던 것은 혁신위원회에 수급권자 및 시민단체를 대표하는 인사들을 배제시킨 채 정부의 정책방향에 우호적인 위원들을 다수 포함시킨 정부의 의도된 인적 구성의 결과였다.

즉, 당시 혁신위원회는 사회의 다양한 여론, 특히 정부정책에 반대하는 이들의 의견을 수렴하면서 정부를 견제하는 역할을 하기보다는 정부의 정책노선에 지지하고 협력하면서 그러한 정책도입의 절차적 정당성을 부여해주는 역할을 수행한 것으로 이해할 수 있다.

### 3) 중앙의료급여심의위원회<sup>58)</sup>

---

58) 2006년 12월 8일과 2007년 6월 8일 열렸던 중앙의료급여심의위원회 회의록을 참고하여 작성하였다.



복지부는 혁신위원회에서 마련된 정책방안들을 입법예고하기 전에 ‘중앙의료급여심의위원회’(이하 중앙심의위원회)<sup>59)</sup>의 의결 절차를 거쳐야 했다.

이에 급여1종 외래본인부담제와 건강생활유지비 지원 및 선택병의원제 도입을 골자로 하는 ‘의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안’에 대한 심의를 위한 중앙심의위원회 회의가 2006년 12월 8일에 열렸다.

중앙심의위원회는 혁신위원회와 달리 정부와 의견을 달리하는 위원들이 다수 포함되어 있었고, 따라서 이 회의에서는 제도개정에 강경한 반대입장을 표명한 일부 위원들이 사회정책본부장이나 기초의료보장팀 팀장을 향해 날선 질문과 비판을 제기하며 설전을 벌였다.

정부 정책에 반대하는 위원들은 급여재정문제의 원인을 수급권자의 도덕적 해이로 보는 정부의 시각과 제도 도입에 따른 재정절감의 실효성 및 건강보험 환자와의 차별성 등에 대한 문제점을 제기하였다. 또한 정부가 제시한 진료비 증가요인 분석 자료에 대해서 통계보정의 정확성에 의문을 제기하며 분석에 활용된 원데이터를 요구하였는데, 이 때 정부로부터 받은 자료를 통해 이후 정부가 발표한 통계분석자료의 오류를 지적할 수 있었던 것으로 보인다<sup>60)</sup>.

이러한 위원들의 질문공세에 정부 측 위원들은 재정절감의 시급성<sup>61)</sup>을 강조하며 제도의 미비점에 대한 보완과 개선을 해 나갈 것을 약속하며 양

---

59) 중앙심의위원회는 보건복지부 장관이 위촉·지명한 의료보장에 관한 외부전문가 및 의약계나 사회복지계를 대표하는 인사 그리고 보건복지부 공무원으로 10인 이내로 위원을 구성하며, 보건복지부 차관이 위원장을 맡는다(의료급여법 6조).

60) 시민단체는 의견서를 통해 정부가 12월 19일 시행령 입법예고 보도 자료에서 제시한 ‘의료급여 및 건강보험 의료이용 비교자료’가 성별·연령·질병군에 대한 보정이 되지 않았음에도 보정이 된 것으로 발표한 것에 대한 문제를 제기하였고, 이에 정부는 12월 29일 시행규칙 입법예고 보도 자료에서 해당사실을 인정하고 정정자료를 발표하였다.

61) 정부 측 한 위원은 다음과 같이 안타까운 심정을 토로하는 듯한 발언을 하였다. “내년도 보건복지부 예산증가분의 반 정도인 9,185억 원이 의료급여예산이고, 금년도에도 미지급금으로 8천억 원이 예상됩니다. 이런 상황은 다른 복지정책은 하지 말자는 것과 다름이 없습니다. 취사선택이 있어야 할 것입니다.”

해를 구하였다.

그러나 일부 위원은 끝내 동의하지 않으며 위원장에게 중앙심의위원회의 전원합의를 거쳤다고 하는 보도 자료를 내지 말 것을 요구하기도 하였다.

이렇게 중앙심의위원회에서 여러 위원들의 반대 의견에도 불구하고 통과된 의료급여법 시행령과 시행규칙 개정안은 각각 12월 19일과 29일에 입법예고되었다.

이후 2007년 7월 제도 시행을 앞둔 시점에서 다시 중앙심의위원회 회의가 열렸지만(6월 8일), 지난 회의에서처럼 날선 공방은 없었고 단지 구체적인 정책 사항에 대한 질문과 함께 반대의견이 반영되지 않은 것에 대한 서운함을 토로하며 이후 발생될 문제에 대한 우려를 표명하는 정도에 그쳤다.

의료급여법에는 정부의 일방적인 정책추진을 견제하기 위하여 의료급여심의위원회를 설치, 운영하도록 규정하고 있다. 그러나 현실에서는 형식적인 통과 의례에 불과한 경우가 대부분이었고 바로 2007년 의료급여정책 변동 당시 중앙심의위원회의 경우도 그러하였다는 것을 확인할 수 있다.

당시 복지부가 이렇게 중앙심의위원회 위원들의 반대의견이 있었음에도 정치적 부담을 무릅쓰고 정책도입을 추진할 수 있었던 것은 바로 정책결정자인 유시민 장관의 확고한 의지가 뒷받침되었기 때문이다.

따라서 다음으로 정책결정자 요인이 당시 정책변동에 어떠한 영향을 미쳤는지 살펴보려고 한다.

#### 4. 정책결정자 요인

정책은 정치체제(political system)의 산출물이며, 정치체제를 운영해 나가는 주체는 정책담당자 혹은 정책결정자이기 때문에, 정책결정자의 능력(ability)과 성향(disposition)은 정책의 내용에 큰 영향을 미칠 수밖에 없다(정정길 외, 2016).

본 연구에서 다루고 있는 정책변동 사례에 있어서도 정책결정자가 중요한 영향을 미쳤는데, 앞서 의료급여 재정문제가 정책 의제화되는 결정적인 요인으로 '보건복지부장관의 교체'를 언급한 바 있다. 이는 2006년 초 장관의 교체시점 이후로 본격적인 의료급여제도 개편이 이루어진 사실을 보면 알 수 있다.

그런데 이에 대해 정부가 감당할 수 있는 재정지출의 한계를 넘어선 시점과 장관의 교체시점이 공교롭게 겹쳤을 뿐이지, 장관의 교체가 결정적인 요인은 아니었다는 반론이 제기될 수 있다.

그러나 의료급여재정은 '04~'05년부터 이미 급증세를 보이고 있었고, 참여정부는 해마다 5년 단위의 국가재정운용계획을 수립하며 장기적 관점에서 예산을 편성해 왔기 때문에 향후 지속적으로 의료급여재정이 증가할 것임은 충분히 예상된 바였다. 그럼에도 2005년도까지 급여대상자를 확대하면서 보장성 강화정책을 유지할 수 있었던 것은 당시 정부의 복지정책기조와 함께 김근태 장관의 정책신념이 반영된 결과라고 봐야 할 것이다.

따라서 당시 의료급여 정책변동에 있어서 핵심 정책결정자였던 유시민 장관의 이념적 성향과 역량이 어떠한 영향을 미쳤는지 규명하기 위하여 김근태 전임 장관과의 차이점을 비교하며 살펴보고자 한다.

1) 김근태 장관<sup>62)</sup>(임기: '04.7.1~'05.12.31)

유시민 장관의 전임자였던 김근태 장관은 당시 차기 대통령 후보로 거론되기도 했던 집권여당 국회의원 출신의 실세 장관이었다. 그러한 만큼 그는 관료출신 장관과 달리 자신의 신념과 정책적 판단에 따라 주요 정책들을 관철시킬 수 있는 역량을 가진 장관이었다. 또한 그는 사회복지 분야의 전문성은 없었지만 부처업무를 파악하고 수행함에 있어서 무리가 없었다는 평가(윤찬영, 2005)를 받기도 하였다. 즉, 주무부처장관으로서 업무파악능력이나 부처장악능력, 예산확보능력 등에 있어서는 유시민 장관과 별반 차이가 없었다. 다만 대통령과의 관계에서는 유시민 장관보다는 긴밀하지 못했던 것 같다.

그는 2004년 11월에 재정경제부에서 제안한 소위 '뉴딜정책'이라 불리는 국민연금기금을 활용하여 주식 투자를 하는 방안에 대해 반대 입장을 내놓으며 대통령과 갈등 양상을 보이기도 했고, 정부가 추진하려고 했던 경제자유구역의 영리의료법인 허용과 같은 의료산업화정책에 있어서도 반대 입장을 분명히 하며 대립각을 세우기도 하였다. 그가 여당 출신 장관이면서도 이렇게 정부정책에 제동을 걸었던 까닭은 보건복지 분야에 시장메커니즘을 도입해서는 안 된다는 그의 신념 때문이었다.

한편 그는 정부의 '참여복지' 정책기조와 맥을 같이 하며 사회양극화와 저출산, 고령화 문제를 해결하기 위하여 사회복지제도를 확대해야 한다는 입

62) 다음의 언론 보도를 참고하여 서술하였다.

이코노미21. 2004.12.27. "[특별인터뷰] 김근태 보건복지부 장관"  
정책브리핑. 2005.5.3. "[인터뷰] 김근태 보건복지부 장관"  
매일경제. 2006.2.15. "김근태 前장관, 복지 비전 내놔으나 재원 '감감'"  
한겨레. 2005.9.28. "열린우리당의 정체성 상실이 위기원인"  
한겨레. 2005.9.29. "인터뷰 김근태 보건복지부 장관"  
이데일리. 2005.11.8. "김근태...이념공세에 복지예산증액 부담 느낀다"  
한겨레. 2011.12.30. "민주화 역사에 가장 굵은 글씨로 새겨질 이름, 김근태"  
프레시안. 2013.12.30. "김근태의 몸, 한국민주투쟁사의 기록"

장이었다. 특히 2005년 9월에 발표된 ‘희망한국21’과 같은 사회안전망 강화대책은 그의 신념이 반영된 결과라고 볼 수 있다.

또한 그는 복지재원 마련에 적극적이 않은 정부를 비판하였는데, 특히 2005년에 법인세와 소득세 인하로 약 3조원 정도의 세수가 축소된 것에 대해 참여정부의 정책성에 부합하지 않는다고 강한 불만을 표시하기도 하였다. 그는 장관에서 물러난 뒤 한 언론과 인터뷰에서 참여정부가 정책기조와 달리 복지와 분배에 적극적이지 않은 이유로 기조를 정책으로 구체화시킬 역량이 부족하다는 점과 대통령 주변에 이른바 ‘모피아’라 불리는 경제부처 출신들이 보고라인 전체에 포진되어 있는 점을 지적하였다<sup>63)</sup>.

이렇듯 그는 여권 내 대표적인 ‘복지주의자’ 또는 ‘분배론자’로 불리기도 했지만, 그렇다고 현실적인 재정문제를 간과한 것은 아니었다. 복지예산 증대를 요구하면서도 한편으로는 복지재원 배분과 제도운영의 효율성을 높이기 위한 노력들을 병행하였다.

특히 의료급여제도에 있어서도 재정문제의 심각성이 제기되자 공급자와 수급권자의 도덕적 해이를 방지하기 위한 대책으로 의료기관의 허위·부당 청구 모니터링 강화와 ‘건수중심 사례관리 중점대상자’ 집중관리시스템 등을 시행하며 재정효율성을 높이려고 하였다. 그러면서도 기존의 보장성 강화 정책방향을 철회하지 않았고 단지 재정여건을 감안하여 단계적으로 급여대상자를 확대하겠다는 계획을 밝혔는데, 바로 이 점이 유시민 장관의 해법과 차이점이라 할 수 있다.

이상과 같이 김근태 장관은 복지정책이 경제정책에 종속되는 것에 반대하는 입장을 명확히 하였고, 의료급여제도의 지속적인 확대노선을 견지하였다. 특히 보건복지 분야에 시장메커니즘을 도입하는 데에 부정적이었던 그의 소신을 고려해본다면, 만약 그가 물러나지 않고 장관직을 계속 수행했

---

63) 한계례, 2006.6.18. “[김근태 집중 인터뷰] 신자유주의 흥내만 내다 실패했다”

있더라도 수급권자들의 의료오남용을 막기 위해 본인부담제와 같은 경제적 인센티브 개념을 접목시킨 정책을 추진했을 가능성은 낮아 보인다.

## 2) 유시민 장관<sup>64)</sup>(임기: '06.2.10~'07.5.25)

선행연구(문만숙, 2015)에서도 지적하였듯이, 유시민 장관은 2007년 의료급여정책 변동에 정책결정자로서 가장 큰 영향력을 미친 인물이었다. 앞서 김근태 장관과 같이 그도 역시 실세 장관이었기 때문에 외압에 의해서가 아니라 자신의 정책적 소신에 따라 정책을 결정하였다고 보는 것이 타당하다. 따라서 당시 그러한 정책적 판단을 내린 이유를 이해하기 위해서는 그의 이념성향과 복지철학을 살펴볼 필요가 있다.

그는 본인이 지칭한 바대로 자유주의자이다. 여기에 대해서는 이론이 없는데 문제는 어떤 자유주의자인가에 있다. 본 연구에서는 그가 과거 자신을 '진보적 자유주의자'로 규정한 점과 참여정부의 핵심 구성원이었다는 점에 근거하여 자신이 참여정부의 이념성향이라고 제시한 '사회적 자유주의자'로 이해하고자 한다. 그렇다면 앞서 경제적 구조요인에서 논의하였듯이, 그는 사회적 자유주의자로서 시장의 자유로운 경쟁 질서를 중시하면서도 사회적 형평을 위한 정부의 적극적 개입을 추구하는 중도진보적 이념성향의 인물이라고 볼 수 있다.

따라서 그가 보건복지부 장관으로서 정책적 판단을 내릴 때 기준이 되었

---

64) 다음의 참고자료를 활용하여 서술하였다.

유시민. 2006. 의료급여 제도혁신에 대한 국민보고서. 10월 9일자.

유시민. 2007. [국정브리핑 기고문] 보수는 보수답게 진보는 진보답게. 3월 7일자.

유시민. 2007. 대한민국 개조론. 돌베개.

연합뉴스. 2007.5.21. "인터뷰 유시민 보건복지부 장관"

서울신문. 2011.3.19. "국민참여당 신임대표 유시민 끝장인터뷰"

참여연대 사회복지위원회. (2007). 유시민장관 1년을 평가한다. 월간 복지동향, (101); 37-40.

위키백과. "자유주의". 5월 19일자 검색. <https://ko.wikipedia.org/wiki/>

을 복지철학도 이러한 이념성향에 기초하여 확립된 것으로 이해할 수 있다.

참여정부의 복지정책기조에 대해 보수와 진보 측의 상반된 평가가 존재하듯이, 유시민 장관이 추진했던 복지정책에 대해서도 역시 상반된 평가가 있었는데, 보수 측에서는 ‘좌파적 복지정책’으로, 진보 측에서는 ‘신자유주의적 복지정책’으로 양측으로부터 모두 비난을 받았다.

이에 대해 유시민 장관은 ‘보수는 보수답게, 진보는 진보답게’라는 제목의 국정브리핑 기고문을 통해 재정지출을 필요로 하는 복지정책을 내세우면서 한편으로 감세를 주장하는 보수정당의 일관성 없는 태도와 재원마련을 위한 방안은 없으면서 막대한 복지재정투입을 요구하는 진보정당의 무책임한 태도에 대해 “소모적인 국민사기극을 걷어치우라”고 일갈하였다. 즉, 그는 사회주의도, 보수주의도 아닌 중도주의적 복지정책노선을 취했기 때문에 한국사회의 이분법적 정치이념지형에 둘러싸여 공격을 받았던 것이다.

복지에 대한 그의 기본 입장은 현실의 재정여건에 맞게 복지확대를 추구하자는 것이었다<sup>65)</sup>. 따라서 그로서는 한정된 복지재원을 가지고 아동, 노인, 장애인 등을 대상으로 하는 신규복지사업<sup>66)</sup>을 시행하려면 기존의 복지

65) 그는 장관 임기시절 경제부처 관료들로부터 ‘개념 없이 돈을 쓰는 다른 복지부 장관과 달리 합리적이고 추진력 있다.’라는 칭찬 섞인 평가를 받기도 하였다. (한경비즈니스, 2007.3.15. “유시민 복지부장관이 왕따된 속사정”)

66) 실제로 그는 장관 임기 동안 기초노령연금이나 방문간호, 중점장애인 활동보조인 제도, 아동발달지원계좌 등의 여러 신규복지사업을 도입하였다.

이 가운데 특히 ‘기초노령연금제도’ 도입에 주목할 필요가 있다. 당시 참여정부와 유시민 장관은 ‘국민연금개혁’(국민연금기금 운용의 안정화를 위해 소득대체율을 60%에서 50%로 낮추고 보험료율을 9%에서 2018년까지 12.9%로 인상하는 방안)과 함께 연금사각지대의 노인빈곤 문제를 해결하기 위한 기초노령연금제도 도입을 적극 추진하였고 그 결과 '08년 7월부터 65세 이상 하위소득 60% 노인에게 월 8만 9천원을 지급하는 기초노령연금법안이 '07년 4월 2일 국회에서 통과되었다. 이에 따라 도입 첫 해에 약 2조원의 재원을 필요로 하는 상황이었으나, 정부는 목적세 신설이나 세율인상 없이 ‘세출 구조조정’을 통해 충당하겠다는 입장을 밝혔고(이데일리, 2006.6.27. “복지부 기초노령연금 재원, 세출구조조정으로만 충당”), 이는 곧 복지부 예산의 상당부분을 차지하고 있었던 의료급여제도의 재원절감의 우선순위를 높이는 방향으로 영향을 미쳤을 것이다.

따라서 당시 정부와 유시민 장관은 다른 복지사업들보다 기초노령연금의 예산확보를 위해 의료급여 재정안정화에 보다 박차를 가했을 것으로 추정해볼 수 있다.

사업 중에 우선순위가 낮거나 비효율적으로 운영되는 분야의 예산을 줄여야만 했었고, 이러한 예산 구조조정의 대상에 의료급여제도가 포함된 것이었다.

한편 그는 사회 양극화와 저출산, 고령화 등의 ‘신사회위험<sup>67)</sup>’에 대응하기 위하여 보수 담론에 맞서 복지재원 확충의 당위성을 설파하기 위한 수단으로 ‘사회투자국가<sup>68)</sup>’라는 담론을 제시하였는데<sup>69)</sup>, 자신의 저서에서 사회투자정책을 주장한 이유를 이렇게 밝히고 있다.

대한민국은 국민소득 수준이 비슷한 다른 나라들과 비교할 때 사회지출을 너무 적게 합니다. 그래서 이걸 늘려야 합니다. 그러나 여기에 반대하는 보수적 담론의 세력과 힘이 너무나 강대하기 때문에, 과거의 정책을 그대로 답습하면서 지출을 확대하기란 사실상 불가능합니다. 저는 그렇게 판단합니다. 진보적 관점에서 나쁘게 보면 사회투자국가론은 보수파에 대한 굴복입니다. 그러나 좋게 보자면 불가피한 또는 적절한 타협이라고 할 수도 있지 않겠습니까? 사회 복지정책이 아무리 좋

67) ‘신사회위험’(new social risks)이란 후기산업사회에서 나타나는 저출산·고령화와 여성의 경제활동 참여증가, 노동시장 유연화 현상으로 초래된 아동 및 노인 보살핌 문제, 여성의 일과 가정 양립문제 등을 의미한다(김연명, 2008.2.25(신동아). “말의 성찬” 노무현 복지담론, 상처 얼룩진 ‘진보적 복지’).

68) 그는 저서 ‘대한민국 개조론’에서 자신이 이해한 사회투자국가의 특징을 다음과 같이 정리하였다.

1. ‘과세와 지출’ 대신 사회투자를 강조한다. 투자는 수익을 상징하는 개념이므로 복지지출은 명확한 수익을 낳는 것이어야 한다.
2. 경제정책과 사회정책의 통합성을 강조한다.
3. 사회투자의 핵심은 인적 자본 및 사회적 자본 투자이다. 인적 자본투자의 핵심 대상은 아동이다.
4. 사회지출을 소비적 지출과 투자적 지출로 나누어 소비적 지출을 가능한 한 억제한다.
5. 시민의 권리는 의무와 균형을 이루어야 한다. 경제적인 기회제공, 복지제공이 국가의 의무라면, 유급노동을 통해 스스로를 부양하는 것은 시민의 의무이다. 복지를 대가로 근로의무를 부과하고, 여기에 불응하면 급여를 삭감 또는 근로연계복지정책이 대표적이다.
6. 결과의 평등보다는 기회의 평등을 중시하며, 불평등의 해소보다는 사회적 포섭에 더 관심을 가진다. (유시민, 2007, p.90-91)

69) 그는 이미 2005년 4월 열린우리당 당의장 선거에 출마했을 때부터 이러한 사회투자정책을 제안한 바 있었고, 장관으로 부임한 이후 대통령에게 여러 차례 사회투자정책을 정부 기조로 채택해줄 것을 건의한 결과로 2006년 8월에 발표된 국가 장기종합전략인 ‘비전2030’에서 정부의 정책기조로 천명되었다(유시민, 2007).



다고 해도, 반대하는 사람을 무시하고 그냥 밀고 가기는 어렵습니다. 사회투자정책은 지향은 진보적이되 방법은 보수적으로 하는 절충적 해법입니다. 진보적인 학자들에게는 산뜻하지 않을지 모르겠으나, 정책을 기획하고 예산을 확보해야 하는 장관의 입장에서는 아주 매력적인 대안입니다. (유시민, 2007, p.92)

즉, 보수 세력이 압도적 힘의 우위를 점하고 있는 현실 상황에서 복지재원 확충을 위한 전략적 수단으로 사회투자담론을 내세운 것이다.

그가 이렇게 복지확대 정책을 펼친 점은 김근태 장관과 동일하였지만, 구체적으로 정책 고객 즉 복지수혜자를 선정함에 있어서는 관점의 차이가 있었다. 김근태 장관은 사회안전망 강화대책에 따라 자신의 임기 동안 지속적으로 의료급여를 포함한 공공부조제도의 내실화에 주력했던 반면, 유시민 장관은 수급권자보다는 저소득층 아동이나 노인, 임산부, 장애인들을 위한 복지사업에 치중한 모습이었다. 즉, 소수 빈곤층에 복지혜택을 집중시키기보다 서민과 중산층을 포함하는 ‘보편적’인 복지정책을 추구한 것이다.

이는 그의 사회투자정책론을 고려해 볼 때 이해할 수 있다. 아동에 대한 복지사업은 인적자본을 육성함으로써 국가경쟁력을 높이고 미래의 수익을 창출할 수 있는 ‘투자’인 반면에 의료급여재정의 지출은 미래의 수익을 기대할 수 없는 소비적 ‘지출’에 불과한 것이고 게다가 제도 설계상 ‘도덕적 해이’로 인한 낭비적 요인도 있다고 한다면 당연히 우선순위가 낮아질 수밖에 없었던 것이다.

또한 앞서 살펴본 그의 이념적 성향인 사회적 자유주의가 개인의 책임과 사회적 책임의 균형을 지향한다는 점에서, ‘수급권자가 아무런 개인부담도 지지 않으면서 오히려 납세자들보다 더 많은 의료혜택을 누린다는 점<sup>70)</sup>’은

70) 유 장관이 이렇게 인식했다는 것이지, 실제로 그렇다는 것은 아니다. 실제 수급권자들은 급여제도의 낮은 보장성으로 인한 비급여 항목의 진료비 지출 등으로 상당한 부담을 감수하며 의료이용

그에게 정의롭지 못한 것으로 인식되었을 것이다.

그리고 그가 장관 인사청문회에서 밝혔듯이, 1990년대 독일 유학시절 복지재정과 사회보험을 공부하였던 점도 일정한 영향을 미쳤을 것이다<sup>71)</sup>. 독일은 당시 통일 이후 동독의 경쟁력이 떨어지는 산업들이 붕괴하면서 실업률이 큰 폭으로 상승하였고, 이로 인해 실업부조 대상자가 급증하면서 정부의 재정악화가 심각해지고 있었다. 그런 가운데 조세재원으로 운영되던 사회부조에 의존하는 장기실업자들이 갈수록 늘어나면서 그들의 ‘도덕적 해이’에 대한 사회적 문제인식이 높아지고 있었고<sup>72)</sup>, 따라서 그러한 독일 사회의 환경 속에서 경제학을 비롯한 복지재정과 사회보험을 공부하였던 그로서는 이러한 영향을 받으며 공공부조에 대한 자신의 관점을 형성하였을 것이다.

이러한 그의 이념성향과 복지정책노선 및 개인적 경험의 바탕 위에서 그가 경제학 전공자로서 수급권자의 도덕적 해이를 억제하는 수단으로 경제적 인센티브와 본인부담금을 통해 비용의식을 제고시켜 자발적으로 의료이용을 줄이도록 하는 정책을 추진한 것은 자연스러운 귀결이었다. 또한 당시 시민사회단체를 격분하게 했던 그의 국민보고서 발언<sup>73)</sup>의 내막도 충분히 이해될 수 있다.

이상의 논의를 종합해 볼 때, 유시민 장관의 사회자유주의적 이념 성향과 사회투자정책기조 및 독일 유학경험 등이 당시 그로 하여금 수급권자의 의

---

을 하고 있다.

71) 동아닷컴. 2006.2.2. “[새 국무위원 紙上청문회]<上>유시민 보건복지부 장관 내정자”

72) 위키백과. “하르츠 법안”. 5월 19일자 검색. <https://ko.wikipedia.org/wiki/>

73) “동시대를 사는 다른 국민의 도움을 받아 치료를 받는 사람으로서 이런 정도는 감수할 수 있고, 또 감수해야 마땅한 것이라고 생각합니다. 귀중한 그 무엇이 공짜로 제공되는 것은 좋은 일이 아니라고 저는 믿습니다. 귀한 것은 무엇이든 제값을 지녀야 한다고 믿습니다.”(유시민, 2007)

료이용을 규제하는 정책을 도입하게 만드는 내재적 요인으로 작용하였다고 볼 수 있다.

즉, 당시 그에게 있어서 보수 세력의 못매를 맞아가며 힘들게 따낸 복지부 일반회계 예산의 27%를 의료급여제도에만 쏟아 붓는 것은 투자가 아니라 낭비였고, 국가재정 운용의 정의에도 부합하지 않는 것이었다. 이러한 그의 신념이 정책추진의 주요 동력이었다.

표 14. 김근태·유시민 장관 비교

	김근태 장관 (’04.7.1~’05.12.31)	유시민 장관 (’06.2.10~’07.5.25)
정책 역량	실세 장관. 정치적 지지 확보능력 우수함. 경제부처 및 대통령과 간헐적 갈등 관계.	실세 장관. 부처업무파악능력 및 예산확보능력 탁월함. 대통령과 긴밀한 관계.
이념적 성향		사회자유주의. 개인의 책임과 사회적 책임 조화 중시.
복지정책 지향성	참여복지 정책기조. 예산증대를 통한 복지확대 입장. 희망 한국21-사회안전망 대책. 빈곤층에 대한 사회보장강화 추구. 시장 메커니즘 도입 반대.	사회투자국가. 복지확대 입장. 복지예산 구조조정 통한 합리적 자원배분 및 신규복지사업 추진. 경제학적 관점을 접목시킨 정책 추진.
의료급여 제도 재정 문제	보장성 강화 정책노선을 견지하면서 사례관리 강화 및 제도정비로 재정 효율화 추구.	사실상 보장성 확대노선 철회. 본인부담제 및 선택병의원제 도입 등 적극적인 의료급여 재정 안정화 추구.

## 5. 소결

본 절에서는 정부체계적 요인이 2007년 의료급여정책 변동에 미친 영향을 살펴보았다. 먼저 복지정책기조의 변화 요인을 살펴보면, 당시 참여정

부는 정권 초기에는 ‘참여복지’ 정책기조를 내세우며 의료급여제도의 보장성 강화를 위해 지속적으로 재정지출을 확대해 나갔으나 집권 후반부인 4년차에 들어서 ‘사회투자’ 정책기조로 선회하면서 사회투자형 복지사업의 비중을 늘리고 수요관리형 복지사업의 지출을 축소시킴에 따라 의료급여 재정문제에 있어서도 자연히 재정 안정화 대책을 수립하는 방향으로 정책이 추진되었다.

그리고 기획예산처는 복지부에 앞서 의료급여재정 문제의 해결을 위한 구체적인 방안 모색과 관련 토론회를 개최하는 등 정부 내에서 의료급여재정 문제가 정책의제로 설정되는데 중요한 영향력을 미쳤다. 또한 기획예산처가 제안한 방안과 최종 도입된 복지부 정책과의 유사성을 감안하면 복지부가 정책대안을 마련하는 데에도 일정한 영향을 미친 것으로 보인다.

그리고 재원배분회의를 거쳐 의료급여 재정의 안정화 문제가 공식 의제화된 이후 복지부는 본격적인 작업에 착수하였고 '06년 4월 혁신추진계획안을 발표하면서 중장기 대책마련을 위해 혁신위원회를 구성하여 운영하였지만, 위원회의 인적 구성과 논의과정을 살펴봤을 때 이미 정부 내부적으로 본인부담제 등의 정책도입이 결정된 상태에서 세부정책방안 논의와 사회적 합의절차를 거쳤다는 명분을 확보하는 것이 주요 목적이었음을 알 수 있다. 그렇기 때문에 혁신위원회를 거쳐 최종 도입된 정책과제 4개 중 3개가 의료급여의 재정절감에 초점이 맞춰진 정책들이었던 것이다.

이후 복지부는 개정안 심의를 위해 열린 중앙심의회 회의에서 여러 위원들의 반대의견이 있었음에도 불구하고 재정절감의 시급성을 앞세워 강행 추진하였다.

한편 이렇게 정부 내에서 의료급여 재정문제가 주요정책의제로 부상하고 이에 대한 원인으로 수급권자의 도덕적 해이가 지목되어 이를 억제하기 위한 본인부담제와 선택병의원제 등의 정책이 신속히 마련되고 추진될 수 있

있던 것은 바로 유시민 장관의 정책적 역량과 이념적 성향이 결정적인 영향을 미친 결과였다.

김근태 전임장관과 같이 실세장관이었던 유시민 장관은 경제부처의 압력이나 청와대의 하명에 따라 움직이는 허수아비 장관이 아니라 자신의 소신에 따라 정책을 결정하고 추진하는 신념형 장관이었다.

따라서 그와 김근태 장관과의 복지철학의 차이가 당시 정책변동이 발생하는 중요한 원인이 되었다고 볼 수 있다. 그의 사회자유주의적 이념성향과 사회투자 복지정책기조 및 독일에서 경제학과 복지재정 등을 공부한 경력 등이 복합적으로 영향을 미쳐 그로 하여금 수급권자의 도덕적 해이를 억제하기 위한 메커니즘의 필요성을 인식하게 만들었고 이에 경제적 인센티브 개념이 접목된 본인부담제와 선택병의원제 등의 정책도입을 결정하도록 만들었다.

## 제4절 정책행위자 요인

본 절에서는 2007년 의료급여 정책 변동을 둘러싸고 정책도입을 추진했던 정부를 위시한 ‘정책추진세력’과 이에 맞서 반대운동을 전개했던 시민사회단체를 주축으로 한 ‘정책대항세력’을 정책행위자로 파악하고, 이들의 구성과 경제적 이해관계 및 이념적 지향성 등을 살펴보고자 한다. 그리고 형태발생론의 설명구조에 따라 양측 세력의 이해관계와 이념적 지향성의 차이로부터 도출되는 상황논리가 무엇인지 분석하고자 한다.

### 1. 정책 진영의 구성

#### 1) 정책추진세력

##### ① 정부

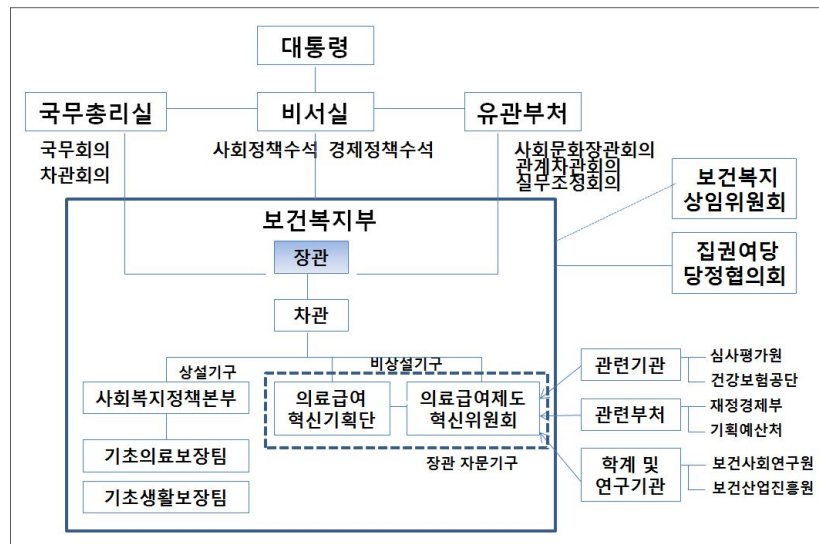
당시 정책변동은 의료급여재정 절감의 필요성을 느낀 정부에 의해 기획되고 추진되었다. 정책의제설정 단계에서부터 정책개발과 결정 및 도입 단계에 이르기까지 전 과정이 정부주도로 이뤄진 점을 고려해 볼 때, 정부가 가장 핵심 추진세력이었다고 볼 수 있다.

그리고 정부 내에서 의료급여제도의 주무부처인 보건복지부가 주요행위자였으며, 장관의 지시와 독려 속에 기초의료보장팀과 유관부서들이 정책실무라인으로 가동되었고, 이외에 의료급여혁신 기획단과 혁신위원회가 비상설기구로 운영되었다.

복지부 외에도 부처 간의 정책조정역할을 담당하는 대통령 비서실과 국무

총리실 및 예산편성을 담당하는 기획예산처 등이 복지부를 지원·감독하는 역할을 하며 추진세력의 한 축을 담당했던 것으로 보인다.(그림8)

그림 8. 당시 의료급여정책과 관련된 정부 내 조직도



## ② 집권여당 및 보수야당

당시 집권여당인 열린우리당과 제1야당인 한나라당은 정부의 의료급여정책 도입에 별다른 공식 논평을 내놓지 않으면서 ‘암묵적 동의’ 또는 ‘소극적 지지’의 입장을 나타내었다. 비록 국회의 입법절차를 거치지 않는 정책이었지만, 정부를 견제하는 국회의 역할과 권한을 고려해 볼 때 두 거대정당이 용인해준 것 자체만으로 정부의 정책추진에 큰 힘이 실리는 것이었고, 따라서 이들 역시 정책추진세력에 포함시키는 것이 타당하다.

### ③ 보수 언론 및 일부 학계

보수성향의 주류언론을 비롯한 대다수의 언론들은 수급권자들의 극단적인 의료오남용 사례나 의료기관의 허위부당청구 사례 등을 적시한 복지부의 보도자료를 그대로 기사화하여 보도함으로써 정부의 정책추진에 우호적인 여론을 조성하는데 기여하였다.

그리고 의료급여제도와 관련된 보건정책, 예방의학, 사회복지학 분야의 일부 연구자 및 학자들도 정부의 정책취지에 동의하고 구체적인 정책개발 과정에 참여함으로써 정책추진의 정당성을 부여하는 역할을 하였다.

## 2) 정책대항세력

### ① 진보적 시민사회단체연합

당시 진보적 시민사회단체들은 정부의 의료급여정책 추진에 맞서 대대적인 반대운동을 전개하였다. 보건의료와 건강 분야의 단체인 ‘건강세상네트워크’와 ‘건강권 실현을 위한 보건의료단체연합’(이하 보건의료단체연합) 및 ‘가난한 이들의 건강권확보를 위한 연대회의’(이하 가건연)가 주축이 되고 여기에 참여연대나 빈곤사회연대 및 여러 시민사회단체들이 참여하여 결성한 ‘공대위(공동행동)’<sup>74)</sup>를 구심점으로 하여 대정부 연대투쟁을 벌였다.

---

74) 당시 공대위(공동행동)에 참여한 단체의 목록은 다음과 같다.

: 가난한 이들의 건강권확보를 위한 연대회의, 건강권 실현을 위한 보건의료단체연합(건강사회를 위한 약사회, 건강사회를 위한 치과의사회, 노동건강연대, 인도주의 실천 의사협의회, 참의료실현 청년한의사회), 건강세상네트워크, 노숙인 복지와 인권을 실천하는 사람들, 민주노동당, 빈곤사회연대, 전국공공서비스노조, 전국장애인차별철폐연대, 참여연대, 한국빈곤문제연구소, 노숙인당사자모임, 사회정의시민행동, 인권운동사랑방, 전국장애인차별철폐연대, 한국의료생활협동조합연대, 한국빈곤문제연구소.



## ② 인권·종교·노동·여성·농민 등 시민사회단체

공대위에 직접 포함되지 않은 여러 시민단체들<sup>75)</sup>도 반대노선에 참여하였다. 이들은 공대위와 같은 적극적인 활동을 전개하지는 않았지만, 공대위의 요청에 따라 '07년 1월 10일에 있었던 '의료급여제도 개악안 철회를 요구하는 시국선언 형식의 기자회견'에서와 '07년 2월 23일에 있었던 '정부의 의료 및 복지정책의 후퇴와 개악을 규탄하는 기자회견' 등에 동참하며 반대운동에 힘을 실어주었다.

## ③ 진보 언론 및 일부 학계

한겨레, 프레스인, 경향신문 등의 소수 진보언론들은 정부의 정책에 비판적인 기사를 쓰고 대항세력 측의 기고문을 실어주며 반대 입장을 사회에 알리는 창구 역할을 담당하면서 반대운동을 지원하였다.

그리고 시민단체 소속의 진보적 학계 연구자들은 자신들의 전문성을 활용하여 정부의 정책 근거의 오류나 문제점 등을 지적하고 정책반대논리와 정책대안을 제시하는 방식으로 대항세력의 한 축을 담당하였다.

## ④ 의사협회

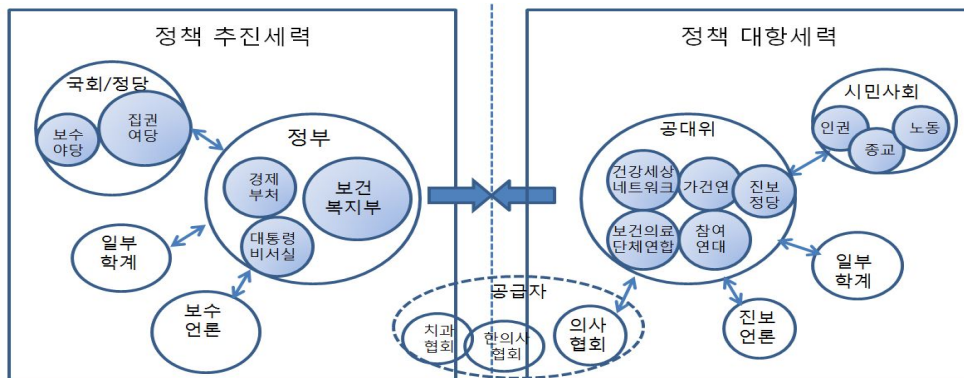
의사들을 대표하는 이익단체인 대한의사협회(이하 의협)는 정부의 입법

---

75) 백여 단체 이상이 시국선언에 참여하였는데, 대표적인 단체로 민주화를 위한 교수협의회, 민주사회를 위한 변호사 모임, 의료소비자시민연대, 인권단체연석회의, 전국농민회총연맹, 전국여성농민회총연합, 전국장애인차별철폐연대, 천주교빈민사목위원회, 한국노동조합총연맹, 한국여성단체연합, 한국장애인단체총연맹 등이 포함되었다.

과정에서는 별다른 입장을 내지 않으며 중립적인 태도를 취하다가 '07년 6월말에 새로 교체된 신임집행부가 전격적으로 정책도입에 반대하는 입장을 표명하며 대항세력에 참여하였다.<sup>76)</sup>

그림 9. 2007년 의료급여정책 변동을 둘러싼 정책진영



## 2. 경제적 이해관계 및 이념적 지향성<sup>77)</sup>

### 1) 경제적 이해관계

정부를 위시한 정책추진세력은 의료급여제도 개편을 통해 진료비 지출의 급증을 억제해야 한다는 입장이었기 때문에 이들의 이해관계는 '의료급여 재정절감 또는 재정안정화'이었다.

반면, 공대위를 포함한 정책대항세력은 정부에게 지속적인 의료급여제도

76) 의협 외의 의료공급자 단체들로 치과의사협회의 경우는 정부의 정책에 찬성하는 입장이었고, 한 의사협회의 경우는 의협의 입장변화와 맞물려 반대 입장을 표명했다가 불과 1주 만에 입장을 번복하였다.

77) 구성세력이 단일한 경제적 이해관계와 이념 성향을 가졌다고 볼 수 없다. 따라서 본 연구에서는 의료급여제도 문제에만 한정하여 양측 세력이 이에 대해 어떤 입장을 가졌었는지를 고려하고자 한다.

의 보장성 강화를 요구하고 있었는데, 이를 달성하기 위해서는 필연적으로 재정증대가 수반되어야 했으므로 이들의 이해관계는 ‘의료급여 재정확대’였다고 볼 수 있다.

## 2) 이념적 지향성

정책추진세력은 보수와 중도이념세력의 집단이 결합되어 있어서 단일이념으로 규정하기 힘들지만, 적어도 당시 의료급여제도의 문제에 있어서만큼은 보수세력과 정부 측 모두 제도의 지속가능성을 목표로 한 ‘경제적 효율성’을 추구하였다.

그리고 수급권자의 도덕적 해이 현상에 대한 비판의식을 가지며 개인의 책임을 강조하였던 점은 ‘자유주의, 개인주의적’ 이념에 해당한다고 할 수 있다.

또한 복지이념에서 있어서 참여정부는 스스로 ‘보편적 복지’를 추구한다고 주장하였지만 의료급여제도의 경우 급여대상자의 범위뿐 아니라 급여범위의 수준에 있어서 매우 제한적이었으므로 ‘선별적, 잔여적’ 복지이념에 더 가깝다고 볼 수 있다.

반면 정책대항세력은 의사협회를 제외하면 비교적 동질적인 이념 집단으로 구성되어 있었는데, 이들은 사회적 약자의 건강권과 인권의 보호를 주장하면서 사회적 형평성을 추구하는 ‘공동체주의, 평등주의적’ 이념성향과 함께 ‘보편적’ 복지이념<sup>78)</sup>을 공유하였다.

---

78) 여기서 보편적 복지와 선별적 복지는 대상자의 범위 뿐 아니라 급여범위와 내용의 포괄성까지 함께 고려한 의미로 사용하였고, 다소 인위적이지만 두 세력 간 비교의 용이성을 위하여 이분법적으로 구분하였다.

표 15. 양측 세력의 이해관계 및 이념적 지향성 비교

	정책추진세력	정책대항세력
경제적 이해관계	의료급여 재정절감(안정화)	의료급여 재정확대
이념적 지향성	경제적 효율성 추구 자유주의, 개인주의적 이념 선별적, 잔여적 복지이념	사회적 형평성 추구 공동체주의, 평등주의적 이념 보편적 복지이념

### 3. 상황논리

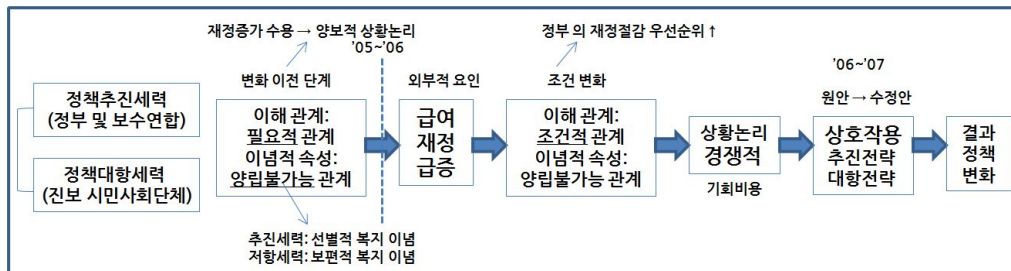
2006년 정부가 의료급여 재정문제를 해결해야 할 주요 정책의제로 채택하기 이전 상황까지는 의료급여제도의 보장성을 강화하는 정책노선을 견지하면서 그로 인해 발생하는 불가피한 재정지출 증가를 수용하는 입장이었으므로, 정부와 시민사회단체가 추구하는 이념적 지향성에는 차이가 있었지만 이해관계 측면에서는 일치하였다고 볼 수 있다. 즉, 당시 정부가 정책도입을 추진하기 이전 단계에서 두 세력 간의 이해관계는 형태발생론에서 말하는 ‘필요적’ 관계에 해당하였다.

따라서 이 단계에서는 필요적 이해관계와 양립불가능한 이념적 지향성이 결합하여 ‘양보적’ 상황논리가 도출되었기 때문에 양측 간에 갈등이나 마찰이 크게 발생하지 않았으면서 정책변화도 발생하지 않았다.

그러나 이후 의료급여재정이 급증하는 상황에서 정부 내 여러 요인들이 작용한 결과로 의료급여 재정문제가 주요 선결과제가 되면서 정부의 이해관계가 변하게 되었다. 따라서 양측 세력 간의 이해관계도 ‘조건적’ 관계로 변화되었고, 여기에 기존의 양립불가능한 이념적 지향성이 결합되면서 ‘경쟁적’ 상황논리가 도출되었다.

이러한 경쟁적 상황논리 속에서 정책을 추진하는 정부와 이를 저지하려고 하는 시민사회단체연합 간의 상호작용의 결과물로서 2007년 의료급여정책 변동이 발생하였다고 볼 수 있다.(그림10)

그림 10. 형태발생론에 따른 2007년 의료급여정책 변동의 발생기전



여기까지 거시적 구조요인과 정부 체계적 요인 그리고 정책행위자 요인이 2007년 의료급여정책 변동에 어떠한 영향을 미쳤을지 살펴보았다.

이제 이어서 이러한 구조적, 제도적, 행위자적 조건 속에서 실제로 양측 세력 간의 어떠한 상호작용이 전개되었고 그것이 정책결과에 어떤 영향을 미쳤는지를 구체적으로 살펴보고자 한다.

## 제5절 상호작용

앞선 정책변동 사례개요에서 살펴보았듯이, 유시민장관의 국민보고서 발표를 기점으로 하여 정부와 시민단체연합 간의 본격적인 대결 양상이 시작되었다. 따라서 국민보고서 발표 시점부터 시작된 정책추진세력과 대항세력 간의 상호작용을 분석 범위로 설정하여 살펴보하고자 한다. 먼저 정부의 계획발표나 입법예고 및 개정안 공포 등 정책도입을 추진하는 움직임에 대항세력이 어떻게 대응하였고 또 추진세력은 어떻게 맞대응하였는지를 시간의 흐름에 따라 살펴보고, 다음으로 이러한 상호작용을 근거로 양측 세력이 어떠한 행위전략을 활용했는지 그리고 각 전략이 얼마나 효과적이었는지 등을 분석해보고자 한다.

### 1. 상호작용

#### 1) 7·18 의료급여 혁신대책 관련 지침개정안

유시민 장관의 국민보고서 발표로 양측 간의 본격적인 갈등이 점화되기 이전에 의료급여 혁신추진계획과 관련된 한차례 대립이 있었는데, 바로 보건복지부가 ‘의료급여일수 연장승인 제도 변경(사후승인→사전승인), 차상위계층 수급권자의 자격관리 강화, 장기입원환자의 생계급여 지급액 조정<sup>79)</sup>’ 등을 골자로 하는 지침개정안을 발표한 것이었다(’06.7.18). 이러한

---

79) 정부는 수급권자가 입원 시 기본적인 숙식이 해결되고 그 비용이 의료급여에서 지원됨에도 생계급여액 대부분을 지급함으로써 장기입원에의 경제적 유인이 발생하고 있다는 이유로, 1인당 최대

지침개정안에는 수급권자의 의료오남용으로 인한 급여재정 누수를 절감하고자 하는 정부의 정책방향성이 고스란히 드러나 있었다.

이에 대해 참여연대는 성명서를 발표하며 복지부가 단지 재정절감을 목표로 하여 수급권자의 건강권과 생존권을 위협할 수 있는 장기입원 급여환자의 생계비 삭감을 추진하고 있다고 비판하며 즉시 계획을 철회할 것을 촉구하였다<sup>80)</sup>.

그렇지만 이러한 일부 시민단체의 문제제기에도 불구하고, 지침개정안이 시민사회 전반에 큰 반향을 불러일으키지는 않았다. 이는 복지부 재량으로 처리할 수 있는 지침수준의 정책이었고, 개정된 지침들도 일부 문제점은 있었지만 제도운영의 효율화 관점에서 타당한 내용이었기 때문이다. 그리고 무엇보다 이미 보건의료관련 시민단체들에서는 정부의 본인부담제 도입 의도를 파악하고 있었기 때문에 이러한 정부의 재정절감 시도에 반대함으로써 향후 본인부담제 도입의 빌미를 제공하지 않겠다는 전략적 판단도 작용한 결과였다.

## 2) 10·9 국민보고서 ('06.10.9~'06.12.18)

### ① 추진세력 : 유시민 장관의 국민보고서 발표

유시민 장관의 국민보고서의 요지는 바로 수급권자의 도덕적 해이가 의료급여 재정문제의 핵심 원인이고 이를 해결하기 위해서 본인부담금제와 주치의제도 및 지정병원제도를 도입하겠다는 것이었다(유시민, 2006)<sup>81)</sup>.

---

245,023원, 1인 이상 가구 최대 168,208원의 공제액(광열수도비, 가구집기비, 교통통신비, 식료품비 상당액 포함)을 산정하여 이를 생계급여액에서 삭감하겠다는 지침을 발표하였다(보건복지부, 2006d).

80) 참여연대. 2006.8.9. [성명서] “의료급여 절감을 위한 생계급여 삭감 반대한다!”

81) 유시민 장관은 국민보고서에서 의료급여 재정문제의 원인으로 정부의 무책임한 행정과 목표설정

국민보고서가 시민사회에 던진 충격은 상당하였다. 보고서에서 제시한 재정문제의 원인진단이나 정책대안도 문제였지만, 그보다 시민사회단체가 일제히 격분했던 까닭은 정책도입의 정당성을 확보하기 위한 근거로 일부 극단적인 부정수급 사례를 거론하며 수급권자 전체를 부도덕한 집단으로 인식되게끔 조장한 것과 “사회구성원으로부터 도움을 받는 입장이라면 일정한 제약은 감수해야 한다.”는 장관 개인의 철학이 담긴 발언 때문이었다<sup>82)</sup>.

이에 시민사회단체들은 정부가 재정절감을 목표로 수급권자 전체를 ‘도덕적 해이’ 집단으로 낙인찍고 있다면서 강하게 비판하며 전면 재검토할 것을 요구하였다.

---

의 오류, 정보시스템의 결여, 공급자 관리의 소홀 등도 언급하였지만, 보고서 전체맥락을 살펴볼 때 수급권자의 도덕적 해이를 핵심원인으로 지목하고 있음을 알 수 있다. 그리고 본인부담금제와 주치의제도 및 지정병원제도 도입 외에 회귀난치질환 전문센터를 설립하겠다고 밝힌 것은 정부가 단지 재정절감 때문에 수급권자 혜택을 빼앗는다는 비난여론을 무마시키기 위한 장치에 불과할 따름이었다. 실제 이 방안은 장기과제로 미뤄둔 채 실행되지 않았다. 또한 공급자 대책으로 부당허위청구가 의심되는 의료기관에 특별실사 대책반을 운영하겠다고 제시하였지만 이는 전수에게 일괄 적용되는 수급권자 대책과 비교해 볼 때 정책부담의 형평성이 어긋나는 것이었다.

82) 보고서에서 1년에 13억 원의 진료비를 사용한 혈우병 환자나 2,287회 의료기관을 이용한 수급권자 사례를 서두에 언급하였고, 이어서 병원과 약국을 하루일과처럼 전전하는 수급권자 사례와 1년에 만매 이상의 파스를 처방받은 사례 등을 열거하였다. 그리고 시민단체들이 차별적 발언이라고 반발한 장관의 발언은 다음과 같다.

“그들은 소득세를 납부하여 의료급여 재정에 기여하는 중산층 국민보다 더 많은 의료서비스를 한 푼도 부담하지 않고 소비합니다. 이것이 진짜 정의로운 일인지, 이것이 정말로 평등한 것인지 저는 의문을 제기합니다.”

“동시대를 사는 다른 국민의 도움을 받아 치료를 받는 사람으로서 이런 정도는 감수할 수 있고, 또 감수해야 마땅한 것이라고 생각합니다. 귀중한 그 무엇이 공짜로 제공되는 것은 좋은 일이 아니라고 저는 믿습니다. 귀한 것은 무엇이든 제값을 지녀야 한다고 믿습니다.” (유시민, 2006)

그의 이러한 발언은 시민사회단체가 그에 대한 강한 정서적 반감을 가지게 되는 계기가 되었고, 이는 이후 그에게 ‘국민 불신임장’을 수여하도록 만드는 데에도 일정한 영향을 미쳤다.



② 대항세력 : 반대 성명서 발표<sup>83)</sup>

먼저 가건연과 건강세상네트워크를 비롯한 시민사회단체들은 공동성명서를 통해 참여정부가 그동안 추진해 온 ‘취약계층 건강권 확보’와 ‘건강보험과의 차별 개선’ 등의 기조에 역행하는 정책이라며 비판하면서 지속적인 급여대상자 확대와 보장성 강화를 요구하는 한편 전체 수급권자들을 재정을 낭비하는 범죄자로 만드는 비인권적인 발언에 대해 유시민 장관의 사과를 요구하였다.

그리고 의료연대회의는 성명서에서 의료급여 진료비 증가는 대상자 수의 증가와 노령화가 주원인이며 또한 행위별 수가제 하에서 적절하게 관리되지 못한 공급체계가 주원인이라고 주장하였다. 그리고 대안으로 제시한 본인부담금제 도입과 지정병원 제도에 대해서는 의료급여제도의 원칙을 훼손하고 차별을 가하는 정책이라고 비판하면서 주치의제도에 대해서는 함께 대안을 고민해보자는 입장을 밝혔다.

③ 추진세력 : 언론보도 및 정치권 협조<sup>84)</sup>

국민보고서가 발표되고 나자 주류 보수언론들은 일제히 그간 무책임한 제도운영으로 국민혈세가 낭비되었다며 정부를 비판함과 동시에 ‘의료급여재정 파탄의 주범은 수급권자의 도덕적 해이’라는 프레임을 확산시키며 이제라도 도덕적 해이를 제어할 수 있는 본인부담제와 같은 정책도입을 서둘러

---

83) 가건연, 건강세상네트워크 등. 2006.10.17. [성명서]의료급여 제도혁신 국민보고서에 대한 성명서  
의료연대회의. 2006.10.19. [성명서] 의료급여 제도혁신 국민보고서에 대한 성명서

84) 세계일보. 2006.10.12. [사설] “줄줄 새는 복지예산, 책임 물어야”  
YTN. 2006.9.27. “의료급여 재정 파탄..도덕적 해이”  
뉴시스. 2006.10.11. “의료급여 매년 2조원 이상 샌다”  
뉴시스. 2006.10.13. “자동차 2대, 2억이상 재산가 의료급여 수급권자?”

야 한다는 기사를 쏟아냈다.

한편 정치권에서도 보건복지위원회 소속의 일부 국회의원들이 보건복지부로부터 받은 국정감사자료를 근거로 수급권자의 도덕적 해이로 인한 예산 낭비가 심각한 수준이라며 국정감사에서 정부의 책임을 묻고 대책마련을 요구하기도 하였는데, 이는 결과적으로 정부의 정책추진에 협조하는 것이었다<sup>85)</sup>.

#### ④ 대항세력 : 언론 기고<sup>86)</sup>

보수언론을 비롯한 다수의 언론들에 의해 ‘수급권자들의 도덕적 해이가 의료급여 재정문제의 원인’이라는 프레임이 사회 전반에 확산되고 강화되자 이에 맞서는 대항세력 측은 정부 주장의 허위와 문제점을 지적하고 수급권자의 건강권 수호를 주장하는 기고문을 진보언론에 실으며 대항담론을 확산시키고자 하였다.

#### ⑤ 추진·대항세력 : 라디오 인터뷰 논쟁<sup>87)</sup>

국민보고서 이후 의료급여제도 문제가 사회적 쟁점으로 불거지자 MBC 라디오 ‘손석희의 시선집중’에서는 10월 18일부터 20일까지 3일간 이 주

85) 당시 열린우리당 장향숙 의원은 지방정부의 의료급여심의위원회의 부실 운영을 포함한 기금의 총체적 관리운영의 부실 때문이라면서 반박하였지만, 한나라당 정효근, 민주당 김효석 등을 포함한 대부분의 보건복지위원회 의원들은 수급권자의 도덕적 해이를 주된 원인으로 판단한 정부 측 의견에 동의하였다.(파이낸셜뉴스, 2006.10.12. “수급자의 도덕적 해이? 의료급여심의 부실때문!”)

86) 한겨레, 2006.10.15 [기고] “보건복지부장관 반성문 유감” (신영전/한양의대 예방의학 교수)  
프레스인, 2006.10.17 [기고] “유시민 장관, 당신의 기회주의가 슬프니다” (강주성/건강세상네트워크 대표)  
한겨레, 2006.12.17 [기고] “맬서스의 유령” (신영전/한양의대 예방의학 교수)

87) 프레스인, 2006.10.20. “환자가 문제인가, 병원이 문제인가?...논란 확산”  
뉴스스, 2006.10.21. “유시민식 의료급여 대수술...돈내는 1중환자 나온다”  
데일리메디, 2007.4.4. “건강세상네트워크 강주성 대표 ‘무협의’”

제를 놓고 관계자 인터뷰를 진행하였다.

첫날은 당시 건강세상네트워크의 강주성 대표가 출연하여 정부의 정책에 반대 입장을 표명하여 “병·의원 등 공급자의 도덕적 해이가 훨씬 더 큰 문제인데 오히려 의료급여 환자들을 주범으로 몰고 있다”면서 병의원의 부당 청구 행태를 지적하였다. 그런데 강 대표의 이러한 발언은 의도치 않게 공급자와 수급권자 간의 책임 공방을 벌이는 문제로 비화되고 말았다.

바로 다음날 인터뷰에서 당시 한국의사회 박정하 대표가 출연하여 “부당 청구는 의사들이 최선의 진료를 위해 어쩔 수 없이 건강보험의 진료기준을 초과하는 줄 알면서도 비용을 부과하는 초과청구이고 정확하게는 부당삭감”이라고 반박한 것이었다. 그리고 공급자의 도덕적 해이로 의료급여재정이 악화된다고 주장한 강 대표를 명예훼손으로 고소하였고, 이에 강 대표도 명예훼손으로 맞고소하는 상황이 벌어졌다.

20일에는 보건복지부의 이상석 사회복지정책본부장이 출연하여 과잉·허위 청구 기관에 대한 기획 실사를 강화해나갈 계획이지만 병의원의 부당청구가 재정악화의 주원인은 아니라면서, 국민보고서의 핵심은 수급권자의 의료오남용을 지적한 것이며 이에 대한 근본대책으로 지정병원제나 본인부담금제를 도입할 계획이라고 밝혔다.

즉, 정책실무 책임자가 공식 인터뷰에서 문제는 ‘수급권자의 도덕적 해이’에 있음을 다시 한 번 명확히 밝힌 것이었다.

#### ⑥ 추진세력 : 의료급여제도개편 보고

보건복지부는 ‘비전2030’의 핵심과제로서 ‘의료급여제도 개편’을 포함한 복지부 소관 과제의 추진실적과 향후 추진계획을 11월 28일 국무회의에 보고하였다.

여기서 복지부는 지정의료기관제와 본인부담제 도입을 위한 의료급여법의 하위법령 개정을 2007년 초 완료를 목표로 추진하겠다고 보고하였다(보건복지부, 2006j).

#### ⑦ 대항세력 : 건강세상네트워크의 정책보고서

건강세상네트워크는 의료급여재정에 대한 자체 분석결과인 ‘과연 본인부담제가 의료급여 재정에 도움이 될 것인가’라는 정책 보고서를 12월 7일 발표하였다.

이 보고서에서는 정부가 노인환자가 많은 의료급여대상자의 특성을 고려하지 않고 있으며 의료비 지출에서 입원보다 외래가 더 문제라고 잘못 인식하고 있는 점과 본인부담제 도입에 따른 효과보다 부작용이 더 클 것이라는 점을 지적하였다. 그리고 수급권자의 건강보호 대책과 재정절감 대책이 결합된 방안을 추진해야 한다고 주장하면서 구체적으로 본인부담금제나 지정의료기관제 도입 대신에 근본적 해결방안으로서 주치의제도를 도입할 것을 제안하였다(건강세상네트워크, 2006).

### 3) 시행령 및 시행규칙 개정안 입법예고 (’06.12.19~’07.2.19)

#### ① 추진세력 : 의료급여법 시행령 입법예고<sup>88)</sup>

복지부는 급여1종 수급권자에게 건강생활유지비 선지원을 통한 외래 진료시 본인부담제 도입을 골자로 하는 의료급여법 시행령 개정안을 12월

---

88) 보건복지부. (2006l). 의료급여법 시행령 일부개정령안. 12월 19일자.

보건복지부. (2006m). 의료급여법 시행령 입법예고안. 12월 20일자 보도자료.

19일 입법예고하였다. 그리고 선택병의원제 도입과 의료급여증을 플라스틱 카드로 변경하는 등의 시행규칙 개정안에 포함될 정책들도 함께 제시하면서 이후 관계부처와 협의를 마치고 조만간 입법예고할 예정이라고 밝혔다.

② 대항세력 : 논평, 성명서 발표<sup>89)</sup>

정부의 입법예고에 즉각 참여연대와 보건의료단체연합은 각각 논평과 성명서를 발표하며 반대 입장을 표명하였다.

특히 보건의료단체연합은 성명서에서 의료급여 대상자에게만 선택병의원제를 실시하는 것은 명백한 차별행위이며 사회적 저항이 적은 약자들을 대상으로 한 ‘사회적 실험행위’일 뿐이라고 규탄하였고, 의료급여증을 카드화하는 것에 대해서도 의료급여증을 꺼낼 때마다 모욕을 경험하게 만들어 의료이용을 줄이려 하는 반인권적 발상이라며 강한 어조로 비판하였다.

③ 대항세력 : 공대위 결성 및 인권위 긴급구제신청<sup>90)</sup>

복지부의 입법예고에 맞서 시민사회단체들은 조직적인 연대투쟁을 전개하기 위하여 공대위를 결성하게 된다<sup>91)</sup>. 결성된 공대위는 첫 활동으로 국가인권위 앞에서 의료급여제도 개악안을 규탄하며 긴급구제를 요청하는 기자회견

89) 참여연대. 2006.12.19. [논평] “국민곤충인 의료급여 환자를 내모는 의료급여법 개정안을 즉시철회하라” 보건의료단체연합. 2006.12.20. [성명] “노무현정부, 이제 가난한 사람들의 치료받을 권리마저 빼앗겠다는 것인가?”

90) 공대위. 2006.12.27. 의료급여 개악안 규탄 및 국가인권위 긴급구제조치 요청을 위한 기자회견문  
공대위. 2006.12.27. 국가인권위 긴급구제요청 진정서

91) 의료급여제도와 관련한 공대위 결성은 이번이 처음은 아니었다. 2000년에 국민기초생활보장법의 제정에 따라 의료보호법의 개정도 불가피한 상황에서, 시민사회단체들은 정부가 내놓은 개정안에 반대하며 급여1, 2종 폐지와 중앙의료급여심의위원회 설치 등을 요구하며 2000년 8월 25일 ‘올바른 의료보호법 제정을 위한 공동대책위원회’를 구성하여 활동한 바가 있었다(신영진 외, 2002). 이러한 과거 공대위의 주축 구성원들이 재결집하여 2차 공대위를 출범시킨 것이다.

회견을 열었다('06.12.27).

공대위가 제출한 긴급구제요청 진정서에서는 정부가 추진하고 있는 정책들의 반인권적, 차별적인 위험요소와 함께 정책의 주요근거가 되는 통계분석자료의 문제점 등을 지적(표16)하며 수급권자들의 인권보장 차원에서 정부의 의료급여대책에 대한 전면수정 권고 등의 긴급구제조치를 신속히 이행해 줄 것을 요청하였다.

표 16. 공대위 측이 제기한 정부 측 통계자료의 문제점

1. 정부 대책의 주요 근거 및 문제점 검토

1) 본인부담금 적용의 정부 측 주요근거

① 1종 의료급여 수급권자의 외래 과다이용

- 1종 수급권자의 1인당 외래진료비(129만원)는 건강보험(39만원)의 3.3배
- 1인당 진료비도(37만원) 건강보험의 1.4배, 입내원 일수는 2.3배
- 1종 외래분야는 과다이용이 비교적 명확하다고 설명함.

표 16-1. 질병군당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교자료

구분	1인당진료비			일당진료비			입내원일수		
	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종
입원	1,967	4,988	2,838	118	60	66	2	23	5
	1.0	<b>2.5</b>	1.4	1.0	0.5	0.6	1.0	11.5	2.5
외래	385	1,290	470	25	37	27	15	34	17
	1.0	<b>3.3</b>	1.2	1.0	<b>1.4</b>	1.1	1.0	<b>2.3</b>	1.1

<문제점 및 검토의견>

- 의료서비스의 강도와 이용량의 직접적인 영향을 미칠 수 있는 중증도 보정은 전혀 되지 않았음. 즉, '성별, 연령별, 질병군별 중증도 보정'이 전제되지 않은 상황 하에서 건강보험과 의료급여의 상호비교는 신뢰할 수 없는 결과임.
- 성별, 연령별, 질병군 보정의 원칙이 전혀 반영되지 않은 결과임. 표에서 제시한 수치는 성별, 연령별, 질병군별 하위 그룹을 모두 포괄한 평균적 수치에 불과함. 즉 총합의 평균을 적용한 의미 없는 수치임.

② 의료급여 진료비 증가원인 분석(의료급여 1종 중심)

○ 의료급여 진료비 증가의 원인별 분석 시, 재정누수와 관련한 공급자요인(공급자와  
잉/부당청구)과 환자요인(도덕적 해이)의 총합은 전체 증가분 중 28.3%에 이릅니다.

표 16-2. 의료급여 진료비 증가의 원인별 분석

구분		증가원인	총진료비 증가분 중 기여율
적용대상자 증가	필요 증가	대상자 확대	37.9%
		인구노령화	0.8%
제도적 측면	필요 증가	수가인상	17.4%
		급여범위 확대	13.6%
1인당 내원일수 (방문일수) 증가	필요 증가	질병의 난이도 증가	
	불필요 증가	환경적 요인 장기요양서비스 요구의 부적절한 이용 등(대체서비스 부족)	
		공급자 요인 <b>공급자 과잉/부당청구</b>	28.3%
		환자 요인 <b>도덕적 해이</b>	
내원일당 진료비 증가	필요 증가	질병구성의 변화/질병의 난이도 증가	
	불필요 증가	공급자 요인 <b>공급자 과잉/부당청구</b>	
		환자 요인 <b>도덕적 해이</b>	

<문제점 및 검토의견>

○ 도덕적 해이라는 누수요인을 진단하는데 있어 그 원인이 공급자에 의한 것인지 수급권자에 의한 것인지 구분하지 못함. 이러한 불충분한 근거를 토대로 1종 수급권자에 대한 의료 억제기전을 마련하면서도 공급자들의 도덕적 해이와 관련해서는 이를 통제할 만한 실효성 있는 대책을 제시하지 않고 있음.

자료 : 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정 입법예고안에 대한 의견서(인의협, 2007)

④ 추진세력 : 의료급여법 시행규칙 입법예고<sup>92)</sup>

복지부는 예정대로 선택병의원제를 실시하고 파스를 비급여 항목으로 전환하며 의료급여증을 플라스틱 카드로 변경하는 정책 등을 골자로 하는 의료급여법 시행규칙 개정안을 12월 29일 입법예고하였다.

92) 보건복지부. (2006o). 의료급여법 시행규칙 일부개정령안. 12월 29일자.

보건복지부. (2006p). 의료급여법 시행규칙 개정안 입법예고 및 통계자료 정정. 1월 1일자 보도자료.

한편 공대위에서 인권위 진정서를 통해 제기한 ‘의료급여 및 건강보험 의료이용 비교자료’의 통계보정 문제에 대해서는 성별·연령·질병군에 대한 보정하기 전의 자료였음을 인정하고 보정된 통계자료를 제시한 정정자료를 발표하였다.(표17)

표 17. 보건복지부가 정정한 보정된 통계자료

구분	질병건당 진료비			질병건당 일당진료비			질병건당 입내원일수		
	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종
입원	1,642	1,977	1,743	179	156	159	13.8	21.1	17.7
	1	<b>1.20</b>	1.06	1	<b>0.87</b>	0.89	1	<b>1.52</b>	1.28
외래	66	97	72	18	19	17	3.8	5.1	4.2
	1	<b>1.48</b>	1.11	1	<b>1.05</b>	0.97	1	<b>1.35</b>	1.13

자료 : 보건복지부(2006p)

보정 후 자료에서는 질병건당 외래 진료비의 경우 3.3배에서 1.48배로, 일당진료비의 경우 1.4배에서 1.05배로 줄어든 것을 확인할 수 있다.

이에 대항세력 측은 잘못된 통계자료에 맞춰 세워진 의료급여 대책을 재검토해야 한다고 주장하였지만, 복지부는 이러한 보정을 거쳤음에도 의료급여 수급권자의 진료비수준이 건강보험보다 높게 나타나고 있으므로 본인부담제 도입의 근거로 문제가 없다고 밝혔다<sup>93)</sup>.

그리고 공대위가 제기한 ‘건강생활유지비를 현금으로 선지급할 경우 다른 용도로 전용되어 정작 필요한 의료이용이 제한될 위험성이 높다.’는 문제점을 반영하여 시행규칙 개정안에는 현금지급 대신에 수급권자의 계좌에 입금하거나 현물로 제공하는 방안을 시행하도록 규정하였다(시행규칙 제19조의7).

93) 당시 일각에서는 정부가 정책을 밀어붙이기 위해 의도적으로 보정되지 않은 자료를 보정된 것으로 조작하였을 가능성이 제기되기도 하였다. 한편, 이상석 사회복지정책본부장은 보정되지 않은 잘못된 자료를 발표한 점은 죄송하다고 사과하면서도 본인부담금제, 선택병의원제 도입은 필요하다고 주장했다.(한겨레. 2006.12.31. “복지부 통계 알고 보니 ‘एं터리’”)



또한 선택병의원제의 경우도 이전 계획발표에서는 희귀난치성 질환자를 제외한 나머지 대상자는 1차 의료기관 1곳만 지정하도록 하였으나, 개정안에는 추가적으로 복합질환자의 경우 선택한 의원 외에 다른 의원에서의 진료가 6개월 이상 지속적인 치료가 필요한 경우에는 심의위원회의 심의를 거쳐 1차 의료기관 중 1곳을 추가로 선택할 수 있도록 변경하였다(시행규칙 제8조의5).

#### ⑤ 대항세력 : 긴급 정부토론회<sup>94)</sup>

공대위는 1월 4일 정부 측 관계자도 참석한 ‘의료급여제도 과연 무엇이 문제이고, 누구에게 책임을 물을 것인가’라는 제목의 긴급토론회를 주최하여 정부 측에 입법예고안을 즉각 철회할 것을 요구하였다.

이 토론회에서 주발제를 맡은 임준 교수는 정부의 개정안은 보편성을 이념적 지향으로 가지고 있는 의료보장의 시각에서 볼 때 사회적 낙인 이론에 기초하면서 잔여적 복지의 시각을 탈피하지 못하고 있는 매우 위험한 발상이라고 질타하는 한편 정부가 수정해서 발표한 통계 자료 역시 질병의 중증도를 제대로 고려하지 않아 신뢰하기 어려운 자료라고 주장하였다.

이어진 지정토론회에서는 정부 측은 보건복지부의 류지형 기초의료보장팀장과 보건사회연구원의 신현웅 팀장이, 공대위 측은 인의협외 김중명 정책국장과 빈곤사회연대의 유의선 사무국장이 각각 참석하여 찬반 토론을 벌였다.

공대위 측 토론자들은 정부가 실제 의료오남용이 어떠한지 제대로 확인하

---

94) 임준. (2007). 보건복지부 의료급여 제도 개선안의 문제점. 정부 의료급여제도 개정안에 대한 긴급토론회 발제문(1월 4일).

의약뉴스. 2007.1.5. “의료급여 공대위, 급여개정안 철회 복지부 압박”

건치신문. 2007.1.10. “의료급여제도 ‘복지부, 의료보장 몰이해 심각’”

지 않은 채 빈곤층의 진료비를 아끼는 데만 초점을 맞춘 탁상행정을 펴고 있다고 비판하면서 선택병의원제나 파스의 비급여화 등 여러 정책에 대한 문제점을 지적하였다.

이에 대해 류지형 팀장은 “비용절감대책이 먼저 수립되고 이후에 오남용 통계가 나온 것”이라고 밝히며, “외래와 같은 경증질환의 본인부담을 통해 재정을 효율화시켜서 중증질환의 보장성 강화, 의료급여 대상자 확대 등의 기반을 마련하기 위한 조치”라고 설명하였다.

#### ⑥ 대항세력 : 입법예고안에 대한 의견서 제출<sup>95)</sup>

인의협은 1월 8일 공대위를 대표하여 의료급여법 시행령과 시행규칙 입법예고안에 대한 의견서를 제출하였다. 의견서에서 인의협은 정부의 통계 오독 사항과 여러 가지 추가적인 문제점을 제시하며 정책추진의 정당성을 상실하였다고 지적하였는데, 구체적인 내용은 다음과 같았다.

먼저 통계문제에 있어서, 정부가 수정 자료에서 중증도를 보정하는데 사용한 ‘ICD 10 코드’의 경우 자원소모량이 반영되지 않아 중증도를 제대로 보정할 수 없다는 것이 학계의 일치된 견해라면서 제대로 보정한다면 ‘1.48배’보다 더 감소할 것이라고 주장하였다.

또한 정부가 의료급여 진료비의 증가원인 분석에서 1인당 내원일수 증가분인 10.4%를 도덕적 해이에 따른 불필요한 증가분으로 해석한 것은 잘못 되었다고 주장하였는데, 그 이유로 건강보험을 의료급여와 동일한 방법으로 분석해보면 1인당 내원일수 증가분이 16.4%로 더 높게 나타나, 정부의 논리대로라면 오히려 건강보험 환자들에게 더 심한 도덕적 해이가 있는 것

95) 이후 입법과정에서 보건복지부가 의견서의 내용을 반영하여 세부정책 사항을 수정한 것으로 보이기 때문에, 의견서에 제시된 구체적 내용을 살펴볼 필요가 있다.

인의협. 2007.1.8. 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정 입법예고안에 대한 의견서

이라고 반박하였다.(표18)

그리고 선택병의원제와 관련해서는 2005년 급여일수가 365일을 초과하는 의료급여 수급권자는 21.9%이지만 건강보험 대상자도 14.4%나 되고 의료급여에서 만성질환자들이 많은 점을 감안해 볼 때 수급권자에게만 유독 문제가 있다고 볼 수는 없다고 주장하였다.

표 18. 의료급여와 건강보험 진료비의 증가요인별 기여율

구분		2003	2004	2005	평균 증가율		
의료 급여	총 진료비(백만원) (증가율)	2,212,081	2,616,105 (18.3%)	3,237,172 (23.7%)	(21.0%)		
	요인별 증가율 (기여율)						
	총 진료비 증가	적용인구수 증가	인구구조 변동	적용인구1인당 내원일수	내원일당 진료비	수가인상	급여확대
	0.210 (100.0%)	0.0758 (46.5%)	-0.0063 (-3.9%)	0.0167 (10.4%)	0.0246 (15.4%)	0.0287 (18.0%)	0.0218 (13.6%)

건강 보험	총 진료비(백만원) (증가율)	20,533,558	22,355,887 (8.9%)	24,796,775 (10.9%)	(9.9%)		
	요인별 증가율 (기여율)						
	총 진료비 증가	적용인구수 증가	인구구조 변동	적용인구1인당 내원일수	내원일당 진료비	수가인상	급여확대
	0.099 (100.0%)	0.00553 (6.0%)	0.0097 (11.0%)	0.0145 (16.4%)	0.0107 (12.2%)	0.0287 (32.2%)	0.0199 (22.5%)

자료 : 인의협(2007)

이어서 선택병의원제의 대상자 선정과 관련해서는, 연간 급여일수를 산정하는데 쓰이는 병의원의 보험청구 자료에 삽입된 질병코드는 병의원이 약물처방 및 진료행위의 삭감을 고려하여 여러 질병코드를 중복 삽입하는 경향이 있기 때문에 보험청구 자료를 액면 그대로 이해하고 급여일수를 산정하는 것은 오류를 낳을 수 있다는 점을 지적하였다.

본인부담금의 비율도 지적하였는데, 특히 CT와 MRI의 경우 10%의 본인부담을 적용하게 되면 최소 2만원에서 6~7만원 정도의 높은 비용을 부담해야 되므로 필요한 검사를 포기하는 경우가 속출할 것이라는 우려를 제기

하였다.

그리고 건강보험 대상자와 달리 의료급여 수급권자에게만 플라스틱카드를 도입하는 것은 명백한 차별인 동시에 의료납용자와 같은 부정적인 이미지를 담고 있으므로 사회적 낙인이며 인권침해라고 주장하였다.

또한 파스류의 오남용 가능성이 있다고 하여 건강보험에서 보험 지급되는 항목을 의료급여 대상자에게만 비급여로 하는 것 또한 차별이며, 파스는 단순치료보조제가 아니라 위장장애 등으로 인해 경구 투약이 어려운 경우에 유용하게 쓰일 수 있는 필수 의약품이라고 주장하였다.

#### ⑦ 대항세력 : 범 시민사회단체의 기자회견 및 항의집회<sup>96)</sup>

이어서 1월 11일 공대위를 비롯한 종교·인권·여성·노동 등 다양한 분야의 시민사회단체들이 공동기자회견을 열어 정부가 “가난한 이들의 치료권을 박탈하는 반인권적 정책을 강행하는 것은 사회적 범죄”라고 주장하며 ‘의료급여제도 개악입법 강행 중단’을 요구하였고, 기자회견 이후에는 국회 앞으로 이동하여 입법 철회를 요구하는 항의 집회를 가졌다.

공대위는 기자회견문에서 복지부 산하 의결단위인 중앙의료급여심의위원회 위원들의 반대의견을 묵살하고 강행 처리하는 등 정책결정 과정에서 절차적 합의 과정과 사회적 합의 과정을 거치지 않았다는 점을 지적하였고, 본인부담금 적용과 건강생활유지비 지급과 관련된 시행령 및 시행규칙 개정 근거가 될 만한 의료급여법의 명시적 규정이 불명확하여 법리적 해석에서 논란의 여지가 크다고 주장하며 향후 헌법소원을 제기할 가능성도 언급하였다.

---

96) 공대위 등. 2007.1.11. 의료급여제도 개악입법 강행 중단촉구 기자회견문  
뉴시스. 2007.1.11. “의료급여제 개선안, ‘개악’이다”

그리고 아래와 같이 정부의 의료급여 개정안은 대한민국 헌법정신에 위배된다는 점을 역설하였다.

“오늘 우리는 우리사회의 가장 취약한 계층, 가장 가난한 사람들의 인권과 치료권을 지키고자 이 자리에 섰다. 대한민국의 헌법은 ‘모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다’고 34조 1항에 규정하고 있으며 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’고 36조 3항에서 명시하고 있다. 또한 ‘신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활 능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다’고 34조 5항에서 재차 규정하고 있다. 보건복지부의 의료급여제도 개악안은 대한민국의 헌법 정신을 정면으로 위배하고 있는 것이다.”(의료급여제도 개악입법 강행 중단 촉구 기자회견문, 2007)

#### ⑧ 추진·대항세력 : 공대위·장관 긴급면담 및 논박<sup>97)</sup>

시민단체들의 반발이 거센 가운데 기자회견 다음 날인 1월 12일에 유시민 장관과 공대위 대표단 간의 긴급면담이 이뤄졌다.

그러나 면담에서 유시민 장관은 공대위 측의 재고 요청을 거부하며 “한정된 재원을 절약해 보다 필요한 곳에 쓰는 것이 국가의 당연한 책무”이고 “시민단체가 반대하더라도 이는 철학의 차이일 뿐”이라며 개정안을 강행할 계획임을 분명히 밝혔다.

그리고 구체적인 개정안 내용과 관련해서 유 장관은 선택병의원제는 주치의 제도와 사실상 다를 바가 없으며 차별이 아니라 의료이용의 합리화일

---

97) 프레시안. 2007.1.12. “유시민 장관은 ‘복지부 장관의 철학’ 제대로 갖고 있나”

참세상. 2007.1.12. “유시민, 복지부 수장 자격 없다”

데일리메디. 2007.1.12. “시민단체는 더 이상 발목 잡지말라”

정책브리핑. 2007.1.15. [기고] “보장성 강화 ‘의료급여혁신’ 발목 잡지말라”

공대위 등. 2007.1.16. 1월 12일자 복지부 국정브리핑에 대한 반론.

뿐이라고 주장하였고, 인권침해 논란을 빚고 있는 플라스틱 카드제 도입에 대해서도 향후 전 국민의 카드제 도입이 예정되어 있으므로 차별이 아니라고 밝혔다.

이에 공대위는 면담 직후 논평을 내고 “유 장관은 사회적 약자에게 비용을 부담시켜 재정을 절감시키겠다는 반인권적인 발상과 판단을 하는 등 그 철학이 복지부 장관직에는 마땅치 않다”며 사실상 장관의 퇴진을 요구하며 강하게 반발하였다.

이러한 공대위의 논평에 그동안 침묵으로 일관하던 정부도 입을 열었는데, 이상석 사회정책본부장은 국정브리핑을 통해 “보장성 강화를 위한 의료급여혁신에 발목을 잡지 말라”며 시민단체에 일침을 가하였다. 그는 “그동안 의료급여제도는 보장성 강화 등 양적 확대에 집중한 나머지 질적 내실화는 소홀했다”고 지적하면서 지금이야말로 대대적인 혁신이 필요한 때라고 역설하였다.

그러자 공대위 측은 즉각 국정브리핑에 대한 반론을 제시하였다. 그동안 급여 대상자를 확대한 결과로 진료비가 급증한 것은 칭찬할만한 점이지만, 재정추계를 하면서 대상자의 확대를 고려하지 않고 자연증가분 정도만을 추산하는 실책을 범하였다고 지적하였다. 그러면서 정부가 추진하는 의료급여 혁신정책은 의료급여비 재정절감이 목적인지 아니면 합리적인 의료이용을 유도하는 것이 목표인지를 명확히 밝히라고 요구하였다.

#### ⑨ 대항세력 : 인권위의 적극행동 촉구<sup>98)</sup>

면담 이후 공대위는 정부 측을 압박하기 위한 수단으로 국가인권위의 적

---

98) 인권단체연석회의. 2007.1.22. 의료급여 시행령 및 시행규칙 개정에 대한 인권단체연석회의 의견서  
공대위. 2007.2.9. “국가인권위의 적극적 행동을 촉구하는 기자회견 및 인권위 사무총장 면담” 보도자료  
뉴시스. 2007.2.8. “시민단체, 의료급여 개정 저지 인권위가 나서야”

구적인 행동을 촉구하는 여러 노력을 하였다.

먼저 인권단체연석회의(이하 연석회의)가 나섰다. 연석회의는 1월 22일 인권위에 제출한 의견서에서 복지부가 입법예고한 ‘의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안’은 취약계층의 건강권을 위협하는 정책들로서 ‘경제·사회·문화적 권리에 관한 국제 규약’의 2조(국가의 의무와 차별금지)와 12조(건강권)에 대한 명백한 위반이며 권리 후퇴라는 점을 주장하며 인권위의 의견표명과 권고를 촉구하였다<sup>99)</sup>.

2월 6일에는 국제인권단체인 ‘경제·사회·문화적 권리 국제연대’(ESCR-Net) 등의 해외 인권단체들에게 연대를 촉구하는 편지를 발송하였고 2월 8일에는 유엔 인권위의 건강권 특별보고관에게 긴급호소문을 발송하였다. 그리고 의료급여 시행령 및 시행규칙 개정 철회를 요구하는 온라인 청원 운동을 진행하기도 하였다<sup>100)</sup>.

2월 9일에는 인권위 앞에서 인권위의 적극적 행동을 촉구하는 기자회견을 개최하였고, 회견 직후 인권위 사무총장과 면담을 통해 인권위의 의견표명과 정책권고 및 인권위원장의 국무회의 출석 등을 요구하였다<sup>101)</sup>.

---

99) 대한민국은 사회권규약 가입당사국으로서, 제12조에 명시된 “도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 누릴 권리”를, 제2조가 약속하는 것처럼 “입법조치의 채택을 포함한 모든 적절한 수단에 의해 이 규약에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여, 개별적으로 또한 특히 경제적, 기술적인 국제지원과 국제협력을 통하여, 자국의 가용자원이 허용하는 최대한 도까지 조치를 취해야 하는 의무”가 있음에 비추어볼 때, 의료급여법령 개정 시도는 사회권규약의 명백한 위반이라고 주장하였다(연석회의 의견서).

100) 공대위는 의료급여 개정 철회를 요구하는 온라인(다음 아고라) 청원운동(07.02.08-02.28)을 진행하였으나 목표 달성에는 실패하였다(99명/20,000명).

<http://bbs3.agora.media.daum.net/gaia/do/petition/read?bbsId=P001&articleId=24710>

101) 공대위는 ‘국가인권위의 적극적 행동 촉구 서한’에서 다음과 같은 조치를 촉구하였다.

1. 의료급여 시행령·시행규칙 개정안 및 관련 정책에 대한 권고와 의견표명을 촉구함.
2. 위 사안과 관련해 보건복지부에 정책협의를 요청할 것을 촉구함.
3. 사안의 시급성을 감안하여 위원장의 국무회의 출석과 발언을 촉구함.
4. 건강권 특별보고관을 비롯한 국제인권기구와의 협력을 적극적으로 추진할 것을 촉구함.

⑩ 추진·대항세력 : 인권위의 의견표명 및 복지부의 수용거부<sup>102)</sup>

2월 15일에 인권위는 복지부의 의료급여 개정안은 의료급여 수급권자의 인권을 침해하고 차별할 우려가 있다는 의견을 표명하였다.

“보건복지부의 의견 조화와 시민단체들의 진정 접수 등을 바탕으로 관련 사안을 검토한 결과, 개정안은 의료급여 수급권자들의 건강권·의료권 및 생존권, 개인정보 보호 등에 대한 침해의 우려가 있고, 일반 건강보험 적용 대상자 등과 비교할 때 불합리한 차별적 소지도 존재하며, 국가의 최저생활보장 의무 및 공공부조의 원리에 저촉되는 측면도 있다고 보이므로 이러한 우려를 해소할 수 있는 방안을 마련하고, 의료급여 수급권자 및 관련 전문가 등과 충분한 사회적 토론 및 의견수렴 과정을 거쳐 신중히 추진하는 것이 바람직하다는 의견을 표명하기로 하였습니다.”(인권위, 2007)

인권위는 특히 의료급여 수급권자의 치료 받을 권리를 제한하는 것은 UN의 ‘사회권 규약’의 당사국으로서 최소 핵심의무에 저촉되는 측면이 있다고 지적하였다.

공대위는 16일 인권위의 의견 표명에 대해 환영한다는 뜻과 함께 복지부의 정책 향방에 주목하고 있다고 밝혔다.

그러나 17일에 복지부는 인권위의 의견 표명을 존중하지만 그래도 계획대로 추진하겠다고 수용거부 의사를 밝혔다. 이상석 사회정책본부장은 “인권위의 의견은 너무 과도한 우려이며, 이미 복지부가 충분히 검토한 것”이라면서 “국무회의에서 개정안이 통과되면 7월부터 시행할 예정”이라고 복지부의 입장을 밝혔다.

---

102) 국가인권위원회. 2007.2.15. 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안에 대한 의견표명  
한겨레. 2007.2.16. “의료급여 재정 절감 논란...복지부는 ‘모르쇠’”



#### 4) 심의의결 통과 및 개정안 공포 ('07.2.20~'07.6.26)<sup>103)</sup>

##### ① 추진세력 : 국무회의 심의의결 통과 및 개정안 공포

2월 20일 국무총리 주재 국무회의에서 시행령 개정안이 심의 의결되어 통과되었고, 이후 2월 27일에 시행령 13조, 3월 27일에 시행규칙 28조의 개정안을 각각 공포함으로써 입법절차를 완료하였다.

최종 개정안에는 정부의 의료급여제도 개편의 핵심 쟁점정책들이었던 본인부담제와 선택병의원제<sup>104)</sup>가 그대로 포함되었고, 다만 시민단체와 인권위 등의 비판 의견을 일부 수용하여 세부 정책사항에서의 조정(표19)이 있었다.

먼저 본인부담제의 경우 CT, MRI와 같은 검사는 비용부담이 커서 필요한 의료이용이 제한될 위험성이 높다는 의견을 받아들여 본인부담금을 정률 10%에서 5%로 낮췄다.

그리고 건강생활유지비 지급방법도 현금으로 선지급하면 생활비로 전용될 수 있다는 의견을 반영하여 건강보험공단이 관리하는 수급권자별 가상계좌에 매월 6천원을 적립하여 의료이용 시 차감되게 하고, 잔액이 남는 경우에 연1회 정산하여 돌려주는 방법으로 최종 결정하였다.

선택병의원제의 경우는 1차 의료기관에서 받을 수 있는 진료수준의 한계를 감안하여 등록 장애인이나 한센병 환자의 경우 2차 의료기관 중 1곳을 선택할 수 있도록 하였고, 복합질환자의 경우도 6개월 이상의 치료가 필요 시 심의를 거쳐 2차 의료기관까지 1곳을 추가로 선택할 수 있게 하였다.

103) 보건복지부. (2007a). 의료급여법시행령 개정안 국무회의 통과. 2월 21일자 보도자료.

보건복지부. (2007b). 의료급여법 시행규칙 개정공포. 3월 27일자 보도자료.

파스를 비급여화하려고 한 정책은, 법제처 심사과정에서 급여항목으로 유지하되 경구투여가 불가능한 상태에서 처방한 경우만 급여를 적용하는 것으로 조정되었다.

마지막으로 인권침해라는 비판여론의 못매를 맞았던 의료급여증의 플라스틱 카드전환은 개정안에서 제외되었고, 그 대신에 ‘의료급여 자격관리시스템’을 도입하여 수급권자의 의료이용 정보를 파악하기로 하였다.

표 19. 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안의 입법절차 과정에서의 변경 사항

정책 내용		06.12.19 시행령 입법예고안 관련 보도자료	06.12.29 시행규칙 입법예고안 관련 보도자료	07.02.20 시행령 개정안 국무회의 통과 관련 보도자료	07.03.27 시행규칙 개정공포 관련 보도자료
시행령 개정	1종수급권자 외래진료시 본인부담방안	시행령 별표 개정(기금부담 범위) : CT, MRI, PET 등 외래진료 본인 부담금 정률 <b>10%</b> 부과.		CT, MRI, PET 등 외래 진료 본인부담금 정률 <b>10%→5%</b> 변경	
시행 규칙 개정	건강생활유지 비 지원	- <b>금전</b> 또는 현물로 건강생활유지 비 매월 지급. -(질의응답)수급자 생계급여지급 통장에 건강생활유지비라는 명목으 로 별도 입금 방안 추진하고 있음.	시행규칙 제19조의7: 건강생활 유지비를 수급권자의 계좌에 입 금하거나 현물을 직접 지급.	※ 건강생활유지비 지급방법은 보건복지부 장관 고시로 변경함. → (07.06.26 보도자료) 건강생활유지비는 국민건강보험공단이 관리하는 수급권자별 가상계좌에 매월 6천원 적립하며, 잔액이 남는 경우 연1회 정산하여 수급권자 계좌로 입금.	
	의료급여기관 선택제 도입	선택병의원은 본인이 1차 의료기관 1개만 지정하되, 희귀난치성 질환자 는 2차, 3차 의료기관 지정 가능	시행규칙 제8조의5:(추가사항) 복합질환자의 경우 선택한 의원 외에 다른 의원에서의 진료가 6 개월 이상 지속적 치료가 필요한 경우에는 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 1차 의료기관 중 1 곳 추가 선택가능		-상이등급 받은 자, 등록장애인, 한센병환자 등은 2차 의료기관 중 1 곳 선택가능. -복합질환자의 경우 6개월 이상 치 료필요시 심의를 거쳐 2차 의료기관 까지 1곳 추가 선택가능
	비급여 대상 근거 신설	파스류를 파스사용이 불가피한 경 우를 제외하고 비급여 대상으로 추 진	시행규칙 9조 안 신설: 보건복지 부장관이 비급여대상을 정하여 고시할 수 있도록 함.		파스 급여항목 유지하되, 경구투여 가능함에도 장관이 고시하는 진통·소 염제인 외용제제를 처방·조제시, 수 급권자가 본인부담하는 것으로 법제 처 심사과정에서 조정됨.
	의료급여증 개선	진료 전 자격확인, 건강생활유지비 지원 등을 위하여 의료급여증을 세 대별 종이에서 개인별 플라스틱 카 드로 전환	시행규칙 12조 내지 14조 개정		의료급여증 플라스틱 카드로 전환하 는 개정안 제외됨. 대신 자격관리시 스템의 구축운영 도입

## ② 대항세력 : 반대운동 지속<sup>104)</sup>

인권위의 의견표명에도 불구하고 정부의 입장에 변화가 없자 공대위는 지속적으로 의료급여개정 반대투쟁을 지속하였다. 2월 23일에는 공대위를 포함한 다양한 분야의 시민사회단체들이 공동기자회견을 개최하여 ‘국민연금 개악, 의료급여제도 개악, 의료법 개악 및 건강보험 본인부담금 정률제 변경’등을 규탄하였고, 유시민 장관에게는 장관직에서 물러날 것을 촉구하며 ‘국민 불신임장’을 수여하였다.

한편 3월 27일 시행규칙 개정공포를 끝으로 입법절차가 마무리됨에 따라 공대위는 3월 30일에 내부 워크숍을 개최하여 향후 활동 방향에 관해 논의하였고, 그 결과 정부의 의료급여제도 개편에 대한 지속적인 감시의 필요성에 공감하고 반대운동을 이어나가기 위하여 기존의 ‘공동대책위원회’ 체제에서 상시적 활동 체제인 ‘의료급여제도 개혁을 위한 공동행동’(이하 공동행동)으로 전환하기로 결의하였다.

이후 공동행동은 5월 7일자 중앙일보 보도를 통해 정부가 차상위계층 의료급여 수급권자를 건강보험 대상자로 전환할 계획을 가지고 있다고 알려지자 이에 5월 9일 논평을 통해 정부가 재정절감만을 목표로 의료급여제도를 포함한 공적 의료보장을 약화시키고 있다고 강하게 비판하였다.

## ③ 추진세력 : 정책도입 준비<sup>105)</sup>

---

104) 공대위 등. 2007.2.23. 노무현정부의 의료 및 복지정책개악규탄 노동·시민사회단체 공동기자회견문. 공동행동. 2007.5.9. [논평] “차상위계층 의료급여 국고지원 중단 정책 추진에 대한 의료급여개혁 공동행동 입장”

105) 보건복지부. (2007c). 재가산소치료급여적용 및 파스비급여 시행. 4월 28일자 보도자료.

보건복지부. (2007d). 선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정(안).

보건복지부. (2007e). 의료급여 사례관리사업 종합대책 발표. 5월 18일자 보도자료.

입법절차를 마무리한 복지부는 이후 7월에 시작되는 정책들의 준비작업과 함께 그 밖에 의료급여제도 개편과제도 진행해 나갔다.

4월 28일에는 개정된 시행규칙에 의거하여 경구투여가 가능한 의료급여환자가 파스를 처방받는 경우에는 급여적용이 되지 않도록 하는 고시 제정을 통해 사실상 파스를 비급여화시켰다. 그리고 ‘선택의료급여기관 적용대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정’도 확정하여 발표하였다.

한편 본인부담제와 선택병의원제 도입으로 인해 수급권자의 의료이용이 제한되고 이로 인해 발생할 수 있는 건강문제에 대한 대책을 마련하라는 시민사회단체들의 요구에 대한 대응으로 복지부는 5월 18일 ‘사례관리사업 종합대책’을 발표하였다.

이 대책에서는 간호사 면허를 소지한 의료급여 관리사들로 구성된 ‘텔레케어센터’를 설치하여 수급권자들에게 밀착상담을 통한 정보를 제공하고, 또한 ‘의료급여 사례관리사업 지원단’을 운영하여 의료급여 담당자의 전문성을 강화하기 위한 교육훈련을 실시하고 수급권자의 건강측정지표 개발을 통해 정책도입에 따른 건강수준 변화를 파악해 나갈 계획이라고 밝혔다.

#### ④ 보건복지부 장관 교체<sup>106)</sup>

유시민 장관은 국민연금법 개정안이 국회에서 부결된 것에 대한 책임으로 지고 5월 25일 자진사퇴하였다. 이에 보건의료단체연합은 즉각 논평을 내고 유시민 장관의 사퇴를 환영한다면서 이를 계기로 그가 추진했던 의료법 개악, 국민연금법 개악, 의료급여제도 개악 등을 중단할 것을 강력하게 촉구하였다.

---

106) 보건의료단체연합. 2007.5.21. [논평] “유시민장관 퇴임에 대한 논평”  
참여연대. 2007.6.19. [논평] “변재진 보건복지부 장관 임명에 대한 논평”

그러나 정부는 후임 장관으로 경제부처 관료 출신의 변재진 복지부 차관을 임명하였고, 그는 장관 후보자에 대한 국회 인사청문회(6월 18일)에서 유 전 장관이 추진했던 현안을 이어받아 마무리하겠다는 입장을 밝혀 사실상 의료급여제도와 관련된 정부의 입장변화는 없음을 분명히 하였다.

이에 참여연대는 논평을 내고 복지확대에 소극적인 경제관료 출신이 복지정책의 수장역할을 맡게 된 것에 우려를 표명하며 시장주의적 접근이 아닌 국가복지의 확대와 공공성 강화라는 시대적 요구를 수용하라고 촉구하였다.

#### 5) 7·1 제도시행 ('07.6.26~'09.11.26)

##### ① 대항·추진세력 : 공동행동의 질의서 제출 및 복지부의 답변<sup>107)</sup>

제도시행을 며칠 앞둔 시점인 6월 26일 공동행동은 복지부에 새로 시행되는 제도로 인해 수급권자들의 건강권이 침해될 우려가 있음을 지적하며 이에 대한 대책이 있는지 공개 질의서를 보냈고, 복지부는 7월 20일 질의에 대한 답변을 내놓았다. 이에 공동행동은 7월 27일 논평을 통해 정부의 답변은 공색한 변명일 뿐이고 여전히 사태의 심각성을 제대로 파악하지 못한 채 제도가 가져올 부작용을 축소하려고만 하고 있다고 주장하였다.

##### ② 대항세력 : 의사협회의 반대투쟁 참여<sup>108)</sup>

107) 보건복지부. (2007h). 공동행동 질의에 대한 답변. 7월 20일자.

공동행동. 2007.7.27. [논평] “공개질의에 대한 보건복지부 답변에 대한 논평”

108) 데일리팜. 2007.7.5. “의협, 새 의료급여제 반대...위헌소송 제기”

민족의학신문. 2007.7.6. “정률제·의료급여 개선 반대 않는다”

약업신문. 2007.7.13. “의료급여제도 반대위해 ‘분주’”

건치신문. 2007.7.18. “의료급여 문제 의협과 맞장구 안친다”

한겨레21. 2007.7.19. “기상천외한 의료급여법은 관두라”

강력한 이익단체인 의료공급자단체들은 주로 자신들의 경제적 이해관계에 따라 정부의 정책에 지지 또는 반대하는 경향을 나타내는데, 2007년 당시 정부의 의료급여제도 개정과 관련해서는 제도 시행 전까지 별다른 입장 표명을 하지 않거나 또는 찬성하는 입장을 보였다.

그런데 제도 시행이 임박한 시점에서 6월 28일에 취임한 의사협회의 신임집행부(주수호 회장)는 정부의 의료급여제도 개정이 수급권자의 건강권과 의사들의 진료자율성을 침해한다며 반대 입장을 표명하는 성명서를 발표(6월 29일)하였다. 그리고 회원들에게 새로 시행되는 제도에 대해 전면 거부하도록 방침을 내리면서 의료급여 대책 TF팀을 구성하여 구체적인 대정부 투쟁전략 논의에 들어갔다.

이러한 의협의 입장 변화는 사회적 약자들의 편에 서는 모습을 통해 기존 집행부의 정치권 불법로비 의혹으로 실추된 대외 이미지를 회복하고자 하는 의도와 함께 정부의 의료법 개정 및 건강보험 본인부담의 정률제 변경(8월1일 시행) 등에 대한 반감이 작용한 결과였다. 그리고 새로 도입되는 ‘의료급여 자격관리시스템’(이하 자격관리시스템)으로 인해 개원가의 행정비용부담이 가중되고 의료기관에 대한 정부의 감시 및 통제가 강화될 것이라는 우려도 입장변화 이면의 중요한 원인이었다.

한편 한의사협회는 7월 2일 성명서를 발표하며 의협과 같이 정부의 의료급여제도 변경에 대한 무기한 연기를 촉구하였으나 불과 며칠 뒤인 7월 5일 반대 입장을 철회하였다. 그리고 치과의사협회는 처음에는 유보적인 입장을 취하다가 이후 반대투쟁에 동참하지 않겠다는 공식입장을 밝혔다.

---

신동아. 2007년 8월호. “대한의사협회 신임 회장 주수호”

한의사협회. 2007.7.2. [성명서] “한의협, ‘의료급여제도 변경’ 무기한 연기 촉구”

③ 대항세력 : 헌법소원 제기<sup>109)</sup>

7월 1일에 개정된 의료급여제도가 시행되자, 공동행동은 헌법소원을 제기하고 수급권자의 직접행동을 선포하는 기자회견을 열어 전면거부 투쟁을 선포하였고, 회견 이후에는 헌법재판소까지 행진하는 선전전을 벌이기도 하였다(7월 2일). 그리고 변경된 제도로 인해 피해를 입은 수급권자들에 대한 실태조사에 착수하였다.

④ 추진·대항세력 : 기자간담회 및 반박 성명서<sup>110)</sup>

복지부는 7월 5일 기자간담회에서 현재까지 약 70%의 의료급여기관이 공단의 자격관리시스템에 접속하였고 시스템도 정상가동 중에 있다는 점을 근거로 새로 시행된 의료급여제도가 안정단계라고 밝혔다.

이에 공동행동은 기자간담회에 대한 반박 성명서를 내고 정부가 의료납용의 사례로 제시한 건에 대한 합동조사를 요구하였다.

⑤ 대항세력 : 의협과 시민사회의 공동투쟁노선 구축<sup>111)</sup>

공동행동과 의협은 7월 10일 공동기자회견을 개최하면서 공동투쟁 노선을 구축하기로 합의하였다. 그동안 늘 대척점에 섰었던 양측이 연대한 것에 대해 많은 언론보도와 함께 사회적 관심이 집중되었고, 이로써 대항세

109) 공동행동. 2007.7.2. 헌법소원 제기 및 수급권자 직접 행동 선포 기자회견문.

110) 보건복지부. (2007g). 의료급여제도(자격관리시스템) 안정단계. 7월 5일자 설명자료.

공동행동. 2007.7.6 [성명서] 복지부 기자간담회에 대한 반박성명서.

111) 의사협회·공동행동. 2007.7.10. 의료급여환자의 본인부담제, 선택병의원제 폐지촉구 의료계 시민사회 공동기자회견문.

데일리팜. 2007.7.11. “의료계-시민단체 연대노선 지속 가능할까”

보건뉴스. 2007.8.6. “의협, 복지부에 의료급여제도 토론회 참여 촉구”



력은 반대투쟁의 새로운 동력을 얻게 된 반면에 정부의 정치적 부담은 커질 수밖에 없었다.

기자회견문에서는 직접 대통령을 향해 제도시행을 중단할 것을 촉구하면서, 공개 토론회 개최를 요구하는 한편 대선출마 후보자들에게 입장을 밝히라고 요구하였다.

한편 의협은 의료급여법 시행령·시행규칙 개정안에 대한 위헌소송 및 효력정지 가처분신청을하기로 결정하고, 내부적으로 반모임을 통해 회원들의 동참을 유도하면서 국민감사청구도 계획하는 등 적극적인 투쟁의지를 나타내었다.

#### ⑥ 추진세력 : 부당청구기관 사례 및 의료이용실태 연구결과 발표<sup>112)</sup>

복지부는 7월 24일 보도자료에서 '06년 현지조사를 실시한 결과 186개의 부당허위청구기관을 적발하여 부당이득금을 환수하고 업무정지 등의 행정처분을 하였다고 밝히면서 구체적인 사례들을 발표하였다.

그리고 다음 날인 7월 25일에는 연세대 김의숙 교수팀에 의뢰한 '장기의료이용 수급권자의 의료이용실태' 연구결과를 발표하면서 이들의 의료이용의 정도가 예측이상으로 "월등히" 높았고, 의료급여 관리사들이 사례관리 대상자의 50%가 의료쇼핑에 해당하는 것으로 보고 있다는 연구결과를 언급하였다.

이러한 복지부의 발표가 있자 곧 의료기관과 수급권자의 도덕적 해이가 심각하다는 내용의 언론 보도가 이어졌다.

---

112) 보건복지부. (2007i). 2006년 의료급여기관 현지조사 결과 및 허위부당청구기관 발표. 7월24일자 보도자료.

보건복지부. (2007j). 의료급여 수급권자의 의료이용 실태 연구결과 발표. 7월 25일자 보도자료. 내일신문. 2007.7.25. "의료급여 부당이득금 35억 찾아내"

머니투데이. 2007.7.25. "의료급여비 '절도' 병원 무더기 적발"

⑦ 대항세력 : 의협의 투쟁포기<sup>113)</sup>

8월 16일 의협은 회원들에게 “공인인증제를 포함하는 새 의료급여제 및 정률제에 대해 실행적 대응으로 방향을 전환하기로 했다”며 정부 안대로 진료하도록 공지함으로써 사실상 의료급여제도에 대한 거부투쟁의 포기를 선언하였다.

이는 집행부의 강경입장과 달리 정부의 제도에 따르지 않을 경우 입게 될 손실을 우려한 대부분의 일선 병의원들이 자격관리시스템을 수용하게 되면서 집행부의 투쟁 동력이 약화되었기 때문으로 보인다.

⑧ 추진세력 : 의료급여 차상위 계층의 건강보험 전환 입법예고<sup>114)</sup>

복지부는 차상위계층의 의료급여제도를 2008년부터 단계적으로 건강보험 체계로 전환하는 것을 골자로 하는 국민건강보험법 시행령 개정안을 8월 28일 입법예고하였다. 이에 따라 건강보험으로 전환된 차상위계층은 ‘본인 부담 특례대상’으로 관리되며 건강보험 적용에 따라 발생하는 본인부담금 등의 차액은 국가에서 지원하여 추가적인 부담이 발생하지 않도록 하겠다고 밝혔다.

그러나 이에 참여연대는 즉각 논평(8월 29일)을 내고 “이번 정책은 기초 노령연금과 노인장기요양보험 등 신규 보건복지 분야의 재정투입을 위해 기획예산처에서 국가재원의 구조조정 차원에서 제안한 것으로 알려져 있

---

113) 헬스코리아뉴스, 2007.8.7. “의료급여 병·의원 공인인증제...의협, 나홀로 투쟁”  
청년 의사, 2007.8.16. “의협, 새 의료급여제 거부투쟁 사실상 포기”

114) 보건복지부, (2007k). 차상위의 단계적 건보전환 추진 입법예고, 8월 28일자 보도자료.  
참여연대, 2007.8.29. [논평] “차상위계층 의료급여 건강보험 전환 계획 재검토해야”

다”면서 본인부담제와 더불어 빈곤층의 의료보장을 후퇴시키는 정책에 불과하다며 재검토를 촉구하였다.

⑨ 대항세력 : 수급권자 증언대회<sup>115)</sup>

이후 워크숍(9월 6일)을 열고 빈곤층의 건강권확보를 위한 투쟁전략을 모색한 공동행동은 9월 19일부터 릴레이거점 선전전을 진행하였고, 10월 9일에는 실태조사를 통해 파악한 수급권자들의 피해사례와 권리선언문을 발표하는 ‘증언대회’를 개최하는 등 지속적인 반대운동을 전개하였다.

⑩ 추진·대항세력 : 의료급여비 절감 발표 및 반박<sup>116)</sup>

복지부는 2008년 4월 28일 보도자료에서 본인부담제 및 관리시스템 구축 등 제도개선을 통해서 '04년~'06년간 평균 21%에 달하던 의료급여 진료비 증가율이 '07년에는 7.6%로 낮아져, 연간 2,400억 원의 비용절감 효과를 거둔 것으로 분석되었다고 밝혔다.

이에 공동행동은 정부의 발표에 즉각 반박하는 의견을 내놓았다. 먼저 2007년 진료비 증가폭이 감소한 것은 그동안 시행해 온 대상자확대 정책을 중단했기 때문이라고 주장하면서, 1종 수급권자들의 외래 이용량과 진료비가 구체적으로 얼마나 감소하였는지 발표하지 않았다고 지적하였고, 정부가 향후 입원진료의 과다이용도 제한하는 대책을 만들겠다고 언급한 것에 대해 우려를 표명하였다.

115) 공동행동. 2007.10.9. 의료급여 수급권자 피해사례 및 증언대회 권리선언문.

116) 보건복지부. (2008). 본인부담제등을 통한 의료급여비절감 보고. 4월 28일자 보도자료.  
공동행동. 2008.4.30. [성명서] “의료급여 본인부담제 도입이 의료과소비를 줄었나?”

⑪ 종결 : 헌법소원 심판청구 기각<sup>117)</sup>

헌법재판소(이하 헌재)는 수급권자와 의협이 헌법소원을 제기한지 2년이 지난 2009년 9월 24일과 11월 26일에 각각 시행령과 시행규칙 헌법소원의 심판청구를 기각 및 각하한다는 판결을 내놓았다.

헌재는 판결문의 결정요지에서 “의료급여 수급자가 부담하는 본인부담금이 과도하다고 단정하기 어렵고, 이 같은 부담도 매월 6천원의 건강생활유지비 지원, 본인부담보상제·상한제를 통해 경감시키고 있다”고 설명하였고, 또한 “선택병의원제도는 원칙적으로 의원급 중 한 곳을 선택해 이용하되, 등록장애인, 희귀난치성질환자, 복합질환자 등에 대해서는 추가선택권을 보장하고 있다”며 “의료급여 수급권을 다소 제한하더라도 이로 인해 국가가 실현해야 할 최소한도의 보장에도 이르지 못했다거나 헌법상 용인될 수 있는 재량의 범위를 명백히 일탈했다고 보기 어렵다”고 기각 이유를 설명했다. 이로써 2007년 의료급여제도 변동과 관련된 사회적 논쟁은 공식적으로 종결되었다.

---

117) 헌법재판소. 2009.9.24. 의료급여법 시행령 별표 제1호 가목 등 위헌확인  
헌법재판소. 2009.11.26. 의료급여법 제10조 등 위헌확인  
청년 의사. 2009.9.29. “헌재 ‘의료급여환자 본인부담금 부과 합헌’”

#### 6) 보충논의 : ‘상호작용’의 적합성 검토

형태발생론을 이론적 틀로 활용하여 분석함에 있어서 대항세력의 실질적인 ‘거부점’(veto point)이 없는 상황에서 정부의 일방적 추진으로 이뤄진 본 정책변동 사례를 대등한 두 세력 간의 상호작용이란 관점으로 설명하는 것은 적절치 않다는 비판이 제기될 수 있다.

만약 이러한 지적이 타당하다면 이는 복잡한 정책변동 현상을 보다 잘 설명하기 위하여 이론모형을 활용하는 본래 취지에서 벗어나 오히려 모형의 조건을 충족시키고자 현상을 역으로 모형에 맞추어 설명하는 오류를 범한 것으로서, 연구모형과 본 정책변동 사례와의 적합성을 심각하게 저해시키는 문제인 것이다.

그러나 대항세력이 정책도입을 저지할 수 있는 ‘제도적’ 거부점이 부재한 조건에서 정부의 일방적인 정책추진이 이뤄졌다는 사실이 반드시 상호작용의 ‘부적합성’을 의미하는 것은 아니라고 생각한다.

당시 대정부 투쟁을 전개했던 시민단체연합은 사회여론을 환기시켜 사회적 지지를 확보하는 전략을 통해 정부를 압박함으로써 정책도입을 중단시키고자 목표하였는데, 이러한 전략의 수립조건은 바로 비제도적 거부점인 ‘사회문화적 거부점’이 존재하였기-또는 존재한다고 믿었기-때문이다. 대항세력은 이 거부점을 확보하기 위해 필사적인 노력을 기울였고 반면에 정부는 이들이 이러한 거부점을 획득하지 못하도록 견제하는 전략을 구사하였다. 만약 실제로 대항세력의 의도대로 정부정책에 대한 사회적 비난여론이 확산되어 정부를 강하게 압박할 수 있었다면 정책변동의 결과는 달라졌을 것이다.

그리고 형태발생론의 철학적 토대가 되는 비판적 실재론의 관점에서 볼 때에도 비록 현실로 경험되지는 않았지만 이러한 사회문화적 거부점의 ‘메

커니즘'이 실재적(real) 영역에서 작용한다는 사실만으로도 충분히 '열린' 결과를 도출할 수 있는 두 세력 간의 상호작용이 존재했던 것으로 생각할 수 있을 것이다.

이를 기울어진 운동장에서 벌어진 축구 경기에 비유해 보자면, 어느 한 팀에 매우 불리한 구조 속에서 경기의 승패가 불 보듯 뻔하다 하더라도 승리를 위해 상대진영 골대에 골을 넣고자 하는 양측 팀 선수들이 존재한다면 비록 공정하지는 않지만 시합의 조건은 성사되는 것이고, 간혹 예상치 못한 반전의 결과가 나타날 수도 있을 것이다.

표 20. 2007년 의료급여정책의 변동과정

일시	주요내용
2006.02.10	유시민 보건복지부 장관 취임
2006.03.23	기획예산처의 국가재정운용계획을 위한 공개토론회 : 의료급여제도 합리화 방안 논의
2006.4.22 ~23	국무위원 재원배분회의 : 보건복지부 예산 확보를 위한 의료급여 조정 문제 논의
2006.04.27	의료급여제도혁신 추진계획 발표
2006.05.03	의료급여제도혁신위원회 출범 및 1차 회의
2006.05.26	6월부터 특별실사대책반 운영계획 발표
2006.07.18	의료급여 혁신대책 관련 지침개정안(급여일수 사전승인제로 변경, 장기입원환자 생계급여 지급액 공제 등) 및 의료급여 과다이용자 실태조사 방안 발표. 혁신위원회 2차 회의
2006.07.28	의료급여혁신종합대책 및 세부추진계획 발표
2006.08.15	대통령 8·15 경축사 : ‘사회투자’ 정책기조 천명
2006.08.21	유시민 장관 기자회견담회 : ‘사회투자’ 정책방향과 역점과제 발표
2006.08.22	실태조사 결과 적발된 부정수급 사례 및 처벌강화 계획 발표
2006.08.24	혁신위원회 3차 회의
2006.08.30	국가 장기종합전략 ‘비전 2030’ 발표 : 의료급여제도개편 과제 포함
2006.09.22	수급권자 파스남용 사례 및 비급여화 계획 발표
2006.10.09	유시민 장관의 ‘의료급여 혁신에 관한 국민보고서’ 발표
2006.10.17	가건연 : 국민보고서에 대한 반대 성명서 발표
2006.10.19	의료연대회의 : 국민보고서에 대한 반대 성명서 발표
2006.11.28	‘보건복지분야 비전2030’의 추진실적 및 의료급여제도 개편 계획 국무회의에 보고
2006.11.30	혁신위원회 4차 회의
2006.12.07	건강세상네트워크 : 의료급여제정 문제에 대한 정책보고서 발표
2006.12.08	중앙의료급여심의위원회 : 의료급여법 개정안에 대한 심의
2006.12.19	의료급여법 시행령 개정안 입법예고(~1/8) 및 중복투약 및 병용금기 의약품 처방조제 사례 발표
2006.12.20	보건의료단체연합, 참여연대 등 반대 성명서, 논평 발표
2006.12.27	‘의료급여 개악안 저지를 위한 공동대책위원회’ 결성. 국가인권위원회에

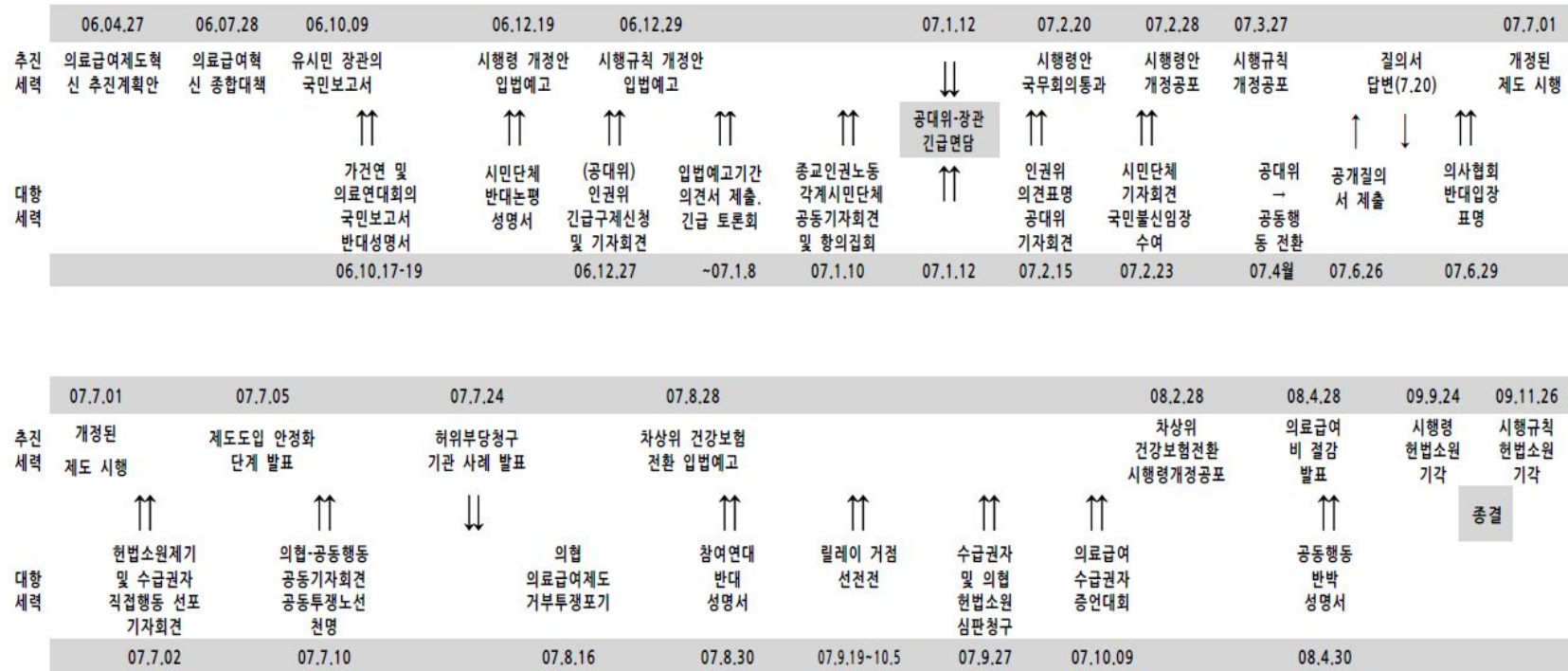
	긴급구제신청 진정서 제출 및 개악 규탄 기자회견
2006.12.29	의료급여법 시행규칙 개정안 입법예고(~1/18) 및 12.19 보도 자료의 통계보정오류에 대한 정정자료 발표
2007.01.04	(공대위) 긴급 정부 토론회 주최
2007.01.08	인의협 : 입법예고안에 대한 의견서 제출
2007.01.11	노동농민인권종교법률 등 범시민사회단체의 기자회견 및 항의 집회
2007.01.12	(공대위) 유시민 장관과 긴급면담 복지부 이상석 본부장 국정브리핑 기고 “의료급여혁신 발목 잡지 말라”
2007.01.16	(공대위) 1월 12일자 복지부 국정브리핑에 대한 반론 의료급여제도와 의료급여 관리사에 대한 진단 및 개선방안 마련 토론회
2007.01.22	(공대위) 인권단체연석회의: 국가인권위에 의견서 제출
2007.02.06	(공대위) ESCR-Net 등 해외 인권단체들에게 연대 촉구 편지 발송
2007.02.08	(공대위) 유엔 건강권 특별보고관에 긴급호소문 발송 및 의료급여 시행령 및 시행규칙 개정철회 요구하는 온라인청원진행
2007.02.09	(공대위) 인권위 적극행동 촉구 기자회견 및 인권위 사무총장 면담
2007.02.13	(공대위) 의료급여 개혁안 저지 기자회견 및 장관 사퇴요구
2007.02.15	국가인권위 : 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안에 대한 의견표명
2007.02.17	복지부 : 인권위의 의견표명에 수용거부의사 밝힘
2007.02.20	국무총리 주재 국무회의에서 시행령안 심의의결 통과
2007.02.23	노무현정부 의료 및 복지정책 후퇴와 개악을 규탄하는 시민사회단체 공동 기자회견. 유시민 장관 ‘국민 불신임장’ 전달
2007.02.28	의료급여법 시행령13조 개정공포
2007.03.06	(공대위) 의료급여 등 의료보장위기 긴급토론회
2007.03.27	의료급여법 시행규칙28조 개정공포
2007.03.30	의료급여확대와 제도개선을 위한 공대위 내부 워크숍 : 의료급여 관련 상시적 활동 위해 ‘의료급여제도 개혁을 위한 공동행동’(이하 공동행동)으로 공대위 활동 전환
2007.04.28	파스 비급여화 고시 제정 및 ‘선택의료급여기관 적용대상 및 이용절차 등에 관한 규정’ 발표
2007.05.09	(공동행동) 차상위계층 수급권자 건강보험 전환계획에 대한 논평 발표
2007.05.18	의료급여 사례관리사업 종합대책 발표
2007.05.25	유시민 장관 사퇴
2007.06.18	변재진 장관 임명 : 전임 장관의 추진 정책 마무리하겠다는 입장 밝힘



2007.06.26	(공동행동) 복지부에 공개 질의서 제출 →7.20 복지부 답변 →7.27 답변에 대한 논평
2007.06.29	대한의사협회 : 의료급여제도 개정에 대한 반대 성명서 발표
2007.07.01	개정된 시행령(13조)과 시행규칙(28조) 시행
2007.07.02	대한한의사협회 반대 성명서 발표 (공동행동) 헌법소원 제기 및 수급권자 직접행동 선포 기자회견 수급권자 피해사례 실태조사 및 강서지역 선전전 진행
2007.07.05	한의협 기자회견: 의료급여제도 변경에 대해 반대입장 철회 복지부 기자간담회 : 의료급여제도(자격관리시스템) 안정단계라고 밝힘
2007.07.06	(공동행동) 복지부 기자간담회에 대한 반박 성명서 발표
2007.07.10	공동행동과 의협의 공동기자회견
2007.07.19	혁신위원회 5차 회의 및 해산
2007.07.24	2006년 의료급여기관 현지조사 결과 및 허위부당청구기관 사례 발표
2007.07.25	‘장기의료이용 수급권자의 의료이용 실태’ 연구결과 발표
2007.08.16	의협 : 의료급여제도 거부투쟁 포기 선언
2007.08.28	차상위계층 수급권자를 건강보험으로 전환하는 내용의 국민건강보험법 시행령 개정안 입법예고 발표
2007.09.06	공동행동 워크숍 : 빈곤층 건강권 확보위한 투쟁전략 모색
2007.09.19	(공동행동) 릴레이 거점 선전전 진행
2007.09.27	수급권자 및 의협 헌법소원 심판청구
2007.10.09	의료급여 수급권자 증언대회 : 수급권자 피해사례와 권리선언문 발표
2007.11.07	의료급여30주년기념식 및 학술심포지엄 : 수급권자 피해사례 발표
2008.02.19	차상위계층 희귀난치성질환자 수급권자의 건강보험전환 의료급여법 시행령 개정 공포. (4월1일 시행)
2008.04.28	의료급여제도 개정을 통한 의료급여비 절감 발표
2008.04.30	(공동행동) 정부의 의료급여비 절감 발표에 반박 성명서 발표
...	...
2009.02.06	차상위수급권자 만성질환자, 18세미만 아동의 건강보험전환 의료급여법 시행령 개정 공포. (4월1일 시행)
2009.04.28	(공동행동) 의료급여제도 개선을 위한 국회 토론회
2009.09.24	시행령 헌법소원 심판청구 기각 및 의협의 심판청구 각하
2009.11.26	시행규칙 헌법소원 기각 각하

※ 대항세력 측 활동 내역은 음영(■)표시하였음.

그림 11. 정책 추진·대항세력 간 상호작용



## 2. 행위전략

앞서 상호작용에서 살펴본 바와 같이 당시 의료급여정책 변화를 둘러싸고 정부와 시민사회단체연합은 각자 자신들의 목표를 달성하기 위하여 다양한 활동방식으로 참여하였다. 전략적 관점에서 이들의 활동내역을 다음과 같이 유형 별로 분류하여 이해할 수 있을 것이다.

### 1) 정책추진전략

#### ① 밀어붙이기 전략

본 정책변동 과정에서 정부의 기본전략은 ‘밀어붙이기’(push)이었다.

이 전략이 가능했던 것은 본인부담제나 선택병의원제 모두 의료급여법의 시행령과 시행규칙 개정을 통해서, 즉 국회 상임위나 본회의의 의결 절차를 거치지 않고 행정부 단독으로 정책을 추진할 수 있는 사항이었기 때문이다.

또한 정책의 직접 이해당사자인 의료급여 수급권자들은 조직화되어 있지 못한 상태로 자신들의 권익을 지키기 위한 단결된 행동에 나서기 어려웠고, 이들을 대변하는 사실상 유일한 걸림돌이었던 진보적 시민사회단체들 역시 정부의 정책도입을 저지할 수 있는 법적 권한이나 제도적 수단이 부재한 상태였다. 반면에 정치권에서는 집권여당 뿐 아니라 보수야당도 정책도입에 찬성하는 입장이었고, 주류언론 역시 정부의 정책추진을 지지하고 있었다.

따라서 이러한 유리한 조건 속에서 ‘정책주도권’(policy initiative)을 쥔 정부는 굳이 대항세력과 합의점을 찾거나 절충안을 모색하기 위한 노력을

기울일 필요 없이 일방적으로 정책도입을 추진할 수 있었다.

이러한 정부의 밀어붙이기 전략에 해당하는 구체적 사례는 다음과 같다.

정부는 입법예고 이후 신속하게 입법절차를 진행하여 정책을 도입하였다. 그 과정에서 대항세력 측의 공청회나 공개토론회 개최 요구가 있었지만 수용하지 않았다. 이처럼 정부는 대항세력에 대해 적극적인 맞대응을 피하면서 전사회적 논쟁으로 확산되는 것을 방지하고자 하면서, 시민단체의 질의서에 답변을 하거나 정책에 비판적인 언론 기사에 해명 보도를 내는 정도의 소극적 대응으로 일관하였다.

그리고 공론화의 장으로 운영하겠다는 혁신위원회의 위원 구성에서 수급권자 측과 시민사회단체 측 인사를 의도적으로 배제시켰고, 혁신위원회에서 제안한 본인부담제의 ‘선 시범사업 후 도입’ 권고도 반영하지 않았으며, 중앙의료급여심의위원회 의원들의 반대 의견도 묵살하였다. 이를 보면 정부가 혁신위원회를 운영한 의도가 외부전문가들의 논의과정을 거쳐 다양한 의견을 수렴하고 사회적 합의를 거쳤다고 하는 절차적 정당성의 확보를 위한 것이었다고 이해할 수 있을 것이다.

이처럼 정부 내 핵심 정책결정라인을 중심으로 폐쇄적인 정책 결정과 조정이 이뤄진 사실도 밀어붙이기 전략에 해당하는 것이었다.

또한 장관과 공대위 측의 면담에서 공대위 측의 재고요청을 묵살하며 강행 의지를 분명히 나타낸 점과 국가인권위의 인권침해 가능성에 대한 우려 표명에 대해서 수용을 거부한 점도 밀어붙이기 전략의 한 일환이었다.

## ② 언론 프레임링 전략

정부는 또한 정책도입에 우호적인 주류언론들의 협력을 토대로 ‘언론 프레임링 전략’을 활용하여 정책도입의 정당성을 확보하고 사회적 지지를 획

득하고자 하였다.

복지부는 유시민 장관의 국민보고서 발표에 앞서서, ‘의료비 지출 실태조사’(’05)나 ‘과다의료이용자 실태조사’(’06) 등을 통해 파악한 극단적인 부정수급 사례들을 여러 차례 발표하면서 수급권자들에 대한 부정적인 프레임을 형성시켰다.

8월 23일 보도자료에서 그동안 실사를 통해 적발한 부정허위청구기관 및 부정수급자들에게 강력한 처벌조치를 할 계획이라고 발표하면서 “정신지체 3급의 급여환자 2명이 지난 1년간 70여 군데 병의원을 같이 순회하면서 발급받은 처방전이 무려 3,341장에 이르며, 이중 3천여장은 3개 약국에서 집중 조제된 것으로...의료급여 이용에 대한 수요자·공급자의 도덕적 불감 증은 극에 달한 것으로 드러났다.”고 구체적으로 부정수급사례를 언급하며 수급권자에 대한 부정적 이미지를 시각화시켰다<sup>118)</sup>.

그리고 이어서 9월 22일 보도자료에서는 “파스는 단순 치료보조제임에도 불구하고 의료급여 환자의 비용의식 부재와 맞물려 작년(2005년) 한해 500매를 초과하여 사용한 자가 27,000명, 1,000매 이상 사용자가 5,195명, 5,000매를 초과하여 사용한 자도 22명(1일 14~37매 사용)에 이르고 있다”면서 의료급여 수급권자의 파스남용 문제의 심각성을 부각시켰다.<sup>119)</sup>

전체 수급권자 중에서 이러한 부정수급을 저지르는 비율이 1~2% 남짓임에도 불구하고, 복지부는 자신들의 정책도입의 근거로 활용하기 위하여 이러한 극단적인 부정수급 사례만을 선택하여 발표하였고, 이를 대다수 언론들이 선정적인 제목을 붙여 기사화시키면서 수급권자들의 도덕적 해이가 만연해 있다는 인식을 사회전반에 확산시킬 수 있었다. 그리고 이는 정부의 의도성 여부와 상관없이 수급권자 집단 전체를 부도덕한 집단으로 ‘낙

118) 보건복지부. (2006g). 의료급여부정수급자 사례 및 사법처벌 강화 계획. 8월 23일자 보도자료.

119) 보건복지부. (2006h). 수급권자 파스남용 사례 발표. 9월 22일자 보도자료.

인'(stigma)찍는 결과와 함께 수급권자 집단과 일반 시민들 간의 편 가르기를 통해 수급권자들을 사회적으로 고립시키는 결과를 초래하였다.<sup>120)</sup>

정부의 이러한 전략은 수급권자 뿐 아니라 의료공급자를 대상으로도 활용되었다.

의사협회가 뒤늦게 정책 도입에 반대하며 의료급여제도 개정에 대한 전면 거부 투쟁을 벌이자, 이에 복지부는 '2006년도 의료급여기관 현지조사' 결과를 발표(7월 24일)하면서 구체적인 허위부당청구기관 사례를 제시하였다. 이는 정부의 발표시점을 고려해 볼 때 수급권자의 경우와 같이 의사집단 전체를 부정청구를 일삼는 부도덕한 집단으로 프레이밍하면서 의료급여 자격관리시스템 도입을 거부하고 있던 의협 집행부를 압박하는 수단으로 활용한 것으로 볼 수 있다.<sup>121)</sup>

이와 같이 정부는 언론 프레이밍 전략을 통하여 정책변경에 대한 사회적 반감과 저항을 최소화시키고 정책도입에 유리한 여론을 조성하였다.

### ③ 부분적 타협(비난회피) 전략

복지부는 본인부담제와 선택병의원제 도입과 같은 핵심정책 사항에 대해서는 타협하지 않았지만, 입법예고안과 최종개정안의 차이(표19)를 보면,

---

120) 신영전(2014)은 이러한 정부의 전략을 '편견의 동원'(biased mobilization) 및 '다수의 정치학' 전략이라고 명명하였다. 즉, '소수자-다수자'의 정치구도를 만들고 그 소수자를 '도덕적 해이자', '범죄자' 등으로 부각시켜 비판하면, 대다수의 사람들은 자신이 그렇지 않는 '품위 있는 사람'이고 또한 더 강한 쪽에 속한다는 안정감을 느껴 다수의 편에 서게 됨으로써 결국 이러한 구도를 조성하여 다수를 자기편으로 가지게 된 정치세력은 손쉽게 자신들의 계획을 관철시킬 수 있게 된다는 것이다.

121) 복지부는 허위부당청구 사례를 제시하고 "이는 국민의 세금으로 재원이 마련되는 의료급여에 대한 일부 의료기관과 약국의 도덕적 불감증을 그대로 반영하고 있는 것"이라면서 수급자의 자격 정보를 제공하고 급여일수를 실시간으로 파악할 수 있는 의료급여 자격관리시스템을 통해 이러한 부정행위를 예방할 수 있게 되어 "건전하고 투명한 의료급여비용 청구문화 정착에 기여할 것"이라며 의협을 압박하였다(보건복지부, 2007i).

외래 영상진단검사의 본인부담감소(10%→5%)나 선택병의원제에서 장애인 등은 2차 의료기관까지 선택할 수 있도록 한 점, 의료급여증의 카드화 방안을 철회한 점, 그리고 건강생활유지비를 현금지급에서 가상계좌에 적립하는 식으로 변경한 것 등은 결과적으로 시민사회단체의 문제제기와 인권위의 의견표명 등을 일정부분 수용하여 정책의 세부사항을 조정한 것이었다.

이는 정부가 재정절감만을 목표로 사회적 약자인 빈곤층의 인권을 침해하고 혜택을 박탈하는 정책을 강압적으로 추진한다는 비난여론을 무마시키고 정치적 부담을 덜기 위한 목적으로 일부 양보하는 전략을 활용한 것으로 볼 수 있다.

즉, 정부는 ‘본인부담제’라는 대(大)를 위해 ‘의료급여증 카드화’ 등의 소(小)를 희생한 것이었다.<sup>122)</sup>

## 2) 정책대항전략

앞서 언급하였듯이 대항세력의 주축인 시민사회단체는 정부의 정책결정을 뒤집을 수 있는 ‘거부점’(veto points)에 해당하는 법률적·제도적 수단을 가지고 있지 못하였다. 따라서 대항세력은 가능한 모든 자원과 수단을 총동원하여 정부를 압박하여 스스로 정책추진을 중단하게끔 만들 수밖에 없었다. 이에 당시 시민사회단체들은 다양한 비제도적 참여방식의 반대운동을 전개하였는데, 이를 크게 다음 3가지 전략으로 구분해 볼 수 있을 것이다.

---

122) 또한 선택병의원제 도입을 위한 시행규칙 개정(3.27)에 ‘에이즈 질환자의 의료급여 상한일수를 제외’하는 정책과 ‘가정산소치료 요양비 지급’하는 정책 등 보장성을 확대하는 정책들을 일부 포함시킨 것도 보장성 후퇴라는 비난에서 벗어나기 위한 일종의 ‘물타기 전략’을 구사한 것으로 볼 수 있다.

## ① 사회적 이슈화 전략

대항세력이 정부의 정책 추진을 저지할 수 있는 거의 유일한 수단은 의료 급여제도 개정의 문제점을 일반대중에게 알리는 사회적 이슈화 전략을 통해 정부 정책에 대한 사회적 비판 여론을 조성하고 확산시켜 정부를 압박하는 것이었다.

이를 위해 대항세력은 시위와 집회, 선전전, 토론회, 서명운동, 성명서와 논평 발표, 기자회견 및 언론 기고 등의 다양한 방법을 동원하여 이 문제를 사회적으로 이슈화시키고자 노력하였다.

그러나 정부의 정책에 우호적인 편향된 언론지형 속에서 대항세력의 이러한 활동들이 많이 보도되지 않으면서 대중들에게 충분히 전달되지 못하였고 결과적으로 사회적 이슈화 전략은 큰 효과를 거두지 못하였다.

## ② 도덕적 우위 전략

한편 대항세력은 정부의 정책이 반인권적, 차별적 요소가 있음을 활용하여 인권적, 건강권적 측면에서 정부를 지탄하고 압박하는 도덕적 우위 전략을 활용하였다.

이 전략에 따라 먼저 국가인권위에 긴급구제를 신청하였고, 이후 인권단체연석회의를 중심으로 해외 인권단체들에게 연대를 촉구하는 편지를 발송하고 유엔 건강권 특별보고관에 긴급호소문을 발송하는 등의 활동을 통해 국가인권위의 의견표명을 이끌어 낼 수 있었다<sup>123)</sup>.

복지부가 수급권자의 의료오남용 사례를 발표하며 수급권자 집단에 대한

---

123) 나영희(2009)는 국가인권위의 의견표명에 대해 “그간 자유권 영역에서 인권의 규범력이 적용되었던 범위를 넘어 실질적인 사회권 영역으로서의 사회정책분야에서 인권의 규범력을 적용해보고자 하는 첫 관문이기도 하였다”는 의의를 부여하였다.



부정적 인식을 조장하였듯이, 대항세력도 이와 마찬가지로 ‘수급권자 증언대회’와 ‘의료급여30주년 기념세미나’(’07.11.7) 등에서 ‘수급권자 건강권 침해사례’를 발표함으로써 정부가 경제적 논리를 앞세워 사회적 약자의 건강권을 짓밟고 있다는 부정적 인식을 확산시키고자 노력하였다.

즉, 이처럼 대항세력은 인권과 건강권을 전면에 내세워 대정부 투쟁의 도덕적 정당성을 확보함과 동시에 정부를 반인권집단으로 공격하고 압박함으로써 스스로 강행을 중단하도록 만드는 전략을 활용하였다.

결과적으로 정부의 정책강행을 저지하지 못하였지만, 그래도 당시 높은 도덕성과 친서민적 이미지의 정부를 지향했던 참여정부로서는 이러한 공격이 뼈아프게 다가올 수밖에 없었을 것이다.

### ③ 연대확장 전략

정책변동 초기에는 건강세상네트워크와 보건의료단체연합 등 이전부터 보건의료 분야에서 활동해 온 시민사회단체들이 주축이 되어 반대운동을 전개하였다.

그러나 정부가 확고한 의지를 가지고 정책도입을 밀어붙이려고 함에 따라, 이에 맞서기 위해 대항세력은 인권·노동·빈곤·장애인·여성 등 다양한 분야의 시민사회단체들과 연대를 통해 외연을 확대하고 영향력을 강화하는 전략을 활용하였다.

이러한 노력의 결과로 반대운동 과정에서 진행되었던 여러 차례 공동기자회견에는 거의 백여 개가 넘는 단체가 공대위(공동행동)에 동참하며 힘을 실어주었고, 특히 이후에 의사협회와 연대하여 공동투쟁노선을 구축했을 때에는 상당한 정도로 정부를 압박할 수 있었다.

그렇지만 이러한 시민사회의 대규모 저항에도 불구하고 정부는 정책도입

을 철회하지 않았으며, 또한 일부 진보적 시민단체의 반대가 있다는 정도로 의미를 축소시키며 사회적 파급효과를 줄이고자 하였다.

이외에도 대항세력은 정부가 정책도입의 근거로 제시한 통계자료의 부정확함과 오류를 지적하면서 정책도입의 정당성을 무너뜨리는 전략을 활용하기도 하였다.

결론적으로 당시 대항세력은 자신들이 활용할 수 있는 거의 모든 전략적 시도와 노력을 하였지만 정부의 정책도입을 막기에는 역부족이었다.

## 제6절 종합 논의

### 1. 분석결과 요약

본 연구에서는 Archer의 형태발생론을 활용하여 2007년 의료급여정책 변동의 원인과 기전을 분석하였다. 먼저 거시적 수준에서 정치·경제·사회문화적 구조 요인이 당시 정책변동에 미친 영향을 살펴보았고, 이어서 정부주도로 이뤄진 정책변화였던 만큼 중범위 수준에서의 정부체계적 요인과 정책결정자 요인이 미친 영향에 중점을 두고 분석하였다.

그리고 미시적 수준에서의 정책행위자 요인, 즉 정책변화를 둘러싼 정책추진세력과 대항세력 간의 상황논리가 무엇이었고 그 상황논리 하에서 양측이 구체적으로 어떠한 전략을 가지고 상호작용을 전개하였는지를 살펴보았다.

이상과 같은 분석 결과를 종합하여 본 연구 서론에서 던진 질문의 답을 제시하고자 한다.

첫 번째 질문. 의료급여재정 문제가 핵심 정책의제로 부각된 이유는 무엇인가?

참여정부는 ‘참여복지’ 정책기조를 앞세우며 지속적으로 의료급여 재정지출의 확대를 통한 보장성 강화정책을 추진하였다. 그렇지만 이를 위한 전제조건인 복지예산확충이 쉽지 않았다. 이는 낮은 국정운영 지지율과 연속된 선거패배로 인해 대통령의 영향력이 약화되어 있는 상태에서 강력한 보수야당의 복지재정 축소압력과 당청갈등 등으로 인해 정부에 비협조적인

집권여당 및 소수의식의 미약한 진보정당 등의 정치권 상황 때문이었다.

이러한 정치적 구조의 제약 속에서 참여정부는 집권후반부에 복지확대를 위한 타개책으로서 ‘사회투자’ 정책기조를 천명하며 “복지지출은 낭비가 아니라 미래의 국가경쟁력 강화를 위한 인적투자”라는 담론을 내세우게 된다. 이러한 기조변화의 바탕에는 참여정부의 질서(사회)자유주의적 경제정책이념도 일정한 영향을 미쳤다.

이에 따라 투자적 가치가 낮다고 판단된 의료급여제도는 재정배분의 우선순위에서 밀리게 되었고, 따라서 당시 급증하고 있던 의료급여재정을 안정화시키는 것이 정부의 선결과제로 부상하게 되었다.

그리고 재정을 담당하던 기획예산처가 적극적으로 의료급여 재정문제의 심각성과 제도합리화 방안을 제시하며 이 문제가 정부의제로 채택되도록 하는데 중요한 역할을 하였다. 또한 수급권자들의 의료오남용에 대해 부정적이었던 사회문화적 인식도 이 문제가 의제화되는데 일정한 영향을 미쳤다.

그러나 정부의제로 채택되고 추진될 수 있었던 결정적인 요인은 바로 유시민 보건복지부 장관의 정책적 의지에 의해서였다.

이는 전임 장관이었던 김근태 장관의 임기 내에서도 급여재정 문제가 지속적으로 거론되었지만, 복지예산 증대를 통한 사회안전망 강화를 목표로 삼았던 김 장관은 의료급여 재정지출의 효율화 방안을 마련하면서도 한편으로 지속적인 급여대상자 확대 등의 보장성강화 정책기조를 유지하였음을 고려해 볼 때, 장관교체로 인한 정책기조 변화가 급여재정문제가 의제화되는데 핵심 동인이었음을 알 수 있다.

당시 새로 취임한 유시민 장관은 기획예산처의 문제인식과 제안에 동의하면서 '06년 재원배분회의에서 의료급여제도의 개편을 통한 복지재원의 효율적 운영을 목표로 제시함으로써 최종적으로 정부 내 핵심 정책의제로 부

상하게 되었다.

두 번째 질문. 의료급여재정 문제에 대해 정부가 선택할 수 있는 여러 대안들 중에서 왜 수급권자의 의료이용을 규제하는 정책을 채택하였는가?

당시 복지부는 의료급여 재정을 안정화시키기 위한 여러 가지 정책적 시도를 하였다. 부정허위청구기관에 대한 특별 기획실사를 벌이고 사례관리사를 증원하여 과다의료이용자에 대한 사례관리를 강화하는 한편 혁신위원회를 운영하며 중장기적 대책 마련에 나서기도 하였다.

한편 시민사회와 진보적 학계 일각에서 급여재정문제의 근본적인 대책으로 공급자의 유인수요를 억제할 수 있는 지불보상체계의 개편이나 전국민 주치의제도를 도입하자는 제안도 있었지만, 이는 보건의료체계 전반의 대변화를 요구하는 것으로서 당시 정부가 그러한 정치적 부담이 감수하며 추진하기란 불가능에 가까웠다.

그리고 무엇보다 정부는 그럴 필요성을 느끼지 못했는데, 재정문제를 해결할 대안이 준비되어 있었기 때문이었다.

정책의제 설정 당시부터 정부가 문제 해결책으로 추진하고자 했던 바는 수급권자의 도덕적 해이를 억제할 수 있는 메커니즘인 본인부담제와 선택병의원제를 도입하는 것이었다. 이러한 정책기획에는 물론 기획예산처의 제안도 영향을 미쳤지만, 유시민 장관 개인의 정책적 신념에 따른 판단이 결정적 요인으로 작용하였다.

유 장관의 사회자유주의적 이념성향과 사회투자 복지철학 및 독일에서 복지재정을 공부한 경력 등이 그로 하여금 공공부조제도에서 필연적으로 발생하는 도덕적 해이 문제의 심각성과 이를 억제하기 위한 제도적 장치의 필요성을 느끼게 만들었고, 따라서 당시 실세장관이었던 그는 이러한 확신

을 가지고 과감히 비난여론을 무릅쓰면서 정책추진을 강행할 수 있었다.

세 번째 질문. 정책의 채택과 도입의 전 과정에서 정책추진세력과 대항세력 간의 어떠한 상호작용을 통해 정책변동이 이루어졌는가?

당시 의료급여 정책변동을 둘러싸고 정책추진세력과 대항세력은 양측의 이해관계와 이념적 지향성의 차이에서 비롯된 ‘경쟁적’ 상황논리 속에서 다양한 상호작용을 전개하였다.

정부를 위시한 정책추진세력은 의료급여제도의 지속가능성을 제고하기 위해서 반드시 본인부담제 등의 정책도입을 통해 급여재정을 효율화시켜야 한다는 강경한 입장이었고, 이에 맞서는 대항세력은 재정문제의 원인은 수급권자의 도덕적 해이가 아니라 그간 정부의 보장성확대정책으로 인한 것임을 지적하면서 정부가 추진하는 반인권적, 차별적 정책도입의 중단과 함께 지속적인 제도의 보장성 강화를 주장하며 적극적인 연대투쟁을 전개하였다.

정부는 정치권의 암묵적 동의 속에서 행정부 단독의 입법절차인 시행령과 시행규칙의 개정을 통해 정책을 도입할 수 있었기 때문에 시민사회와 의협의 반대투쟁에도 불구하고 시종일관 밀어붙이는 전략을 사용하며 목표를 달성할 수 있었다.

이와 동시에 정책추진과정에서 일부 극단적인 부정수급사례를 발표하고 이것이 주류언론들을 통해 보도되도록 하면서 전체 수급권자들을 부도덕한 집단으로 낙인찍는 언론 프레임링 전략을 통하여 사회적 저항과 반감을 최소화시킬 수 있었다.

반면 시민사회단체들은 정부의 정책도입을 저지할 수 있는 제도적 수단이 부재하였기 때문에 다양한 시민사회단체들과의 연대를 통해 투쟁역량을 강

또한 정부정책이 유엔 사회권 규약을 위반하는 반인권적, 차별적 정책임을 강조하면서 국가인권위에 긴급구제를 요청하여 의견표명을 이끌어내는 등 인권의 측면에서 정부정책의 정당성을 공격하여 정책도입을 저지하고자 하였다.

위의 논의 내용을 종합하여 도식화한 결과는 다음과 같다. (그림12)

## 2. 연구명제의 타당성 검토

이상의 분석결과를 토대로 하여 앞서 연구방법에서 제시한 2가지 경쟁설명의 타당성 여부를 검토하고자 한다. 이는 경쟁설명들이 본 정책변동 사례에 적합하지 않은 점을 지적하여 기각시킬 수 있다면 본 연구명제의 타당성과 설명력을 그만큼 높일 수 있기 때문이다.

1) 경쟁설명 : 2007년 의료급여정책 변동은 당시의 구조적 조건과 상관없이 핵심 정책결정자의 개인적 신념을 기본으로 한 합리적 선택의 결과로 발생하였다.

앞서 살펴보았듯이, 유시민 장관의 신념이 당시 정책변동에 있어서 결정적인 영향을 미친 점을 고려해 볼 때 이 설명은 일견 타당해 보인다.

그러나 유시민 장관의 이념적 성향과 상관없이 당시 정치적 구조요인으로 인하여 정부는 복지예산의 확대가 어려운 상황이었고, 따라서 의료급여 재정문제에 있어서도 불가피하게 지출을 억제하는 방향으로 정책기조를 선회할 수밖에 없었다.

또한 구체적인 정책방안에 있어서도, 복지부의 정책논의 단계 이전에 기획예산처에서 이미 본인부담제와 같은 경제적 인센티브를 활용하여 수급권자의 도덕적 해이를 억제하는 방안들이 제시되었기 때문에 꼭 유시민 장관이었기 때문에 그러한 정책들이 결정되었다고 단정하기는 어렵다.

즉, 당시 정책변동에 있어서 유시민 장관의 이념성향과 추진역량이 결정적인 영향을 미친 것은 사실이나, 그것만으로 “모든 결과가 유시민 장관 때문이었다.”라고 설명할 수는 없는 것이다.



만약 당시 정치권이 복지예산의 확대를 지지하는 입장이었다면, 설사 유시민 장관의 소신과 다르다고 해도, 정부로서는 굳이 시민사회를 적으로 만들면서까지 자신들의 정책기조를 뒤집는 의료급여 재정절감 작업에 착수하지 않았을 것이다.

그리고 수급권자의 의료이용 혜택을 줄이는 것에 대해 부정적인 사회여론이 우세하였다면, 민주주의 국가의 정부로서는 그러한 여론을 무시하고 정책을 강행하기란 쉽지 않은 일이었을 것이다.

따라서 구조적 요인의 영향력을 배제한 채 단지 소수 정책행위자의 합리적 선택에 의해 정책변동이 이뤄졌다고 하는 설명은 본 정책변동사례에는 적합성이 낮다고 볼 수 있다.

2) 경쟁설명 : 2007년 의료급여정책 변동은 정책결정자들의 선택과 판단에 의해 발생한 것이 아니라 정치·경제·사회문화의 구조적 요인이 결정적인 영향을 미쳐서 발생한 것이다.

위와 같은 구조결정론적 설명은 당시 정책변동 과정에서 정책결정자 요인과 행위자 간의 상호작용 요인이 정책결과에 어떠한 영향을 미쳤는지를 고려해 볼 때 그 타당성 여부를 판단할 수 있다.

앞서 설명했듯이 당시 의료급여재정이 급증하고 있던 현실과 복지재원 확대에 부정적인 정치권의 상황을 고려해보면 정부가 급여재정을 안정화시키기 위한 노력을 진행한 것은 당연한 결과였다.

그리고 시행령과 시행규칙의 개정을 통한 정책도입을 추진했기 때문에 그 과정에서 아무리 반대여론이 크다 할지라도 이러한 입법절차가 가지는 구조적 결정력에 의해 정책도입은 확정적이었다.

그렇지만 재정문제의 주요원인으로 수급권자의 도덕적 해이를 지목하고

이를 억제하기 위한 대책으로 본인부담제와 선택병의원제 등을 도입하기로 결정함에 있어서는 유시민 장관의 이념적 성향이 핵심 요인으로 작용하였음을 앞선 김근태 장관과의 비교에서 확인할 수 있었다.

그리고 설사 유시민 장관과 유사한 신념을 가진 인물이 장관이었다고 하더라도 그와 같이 과감하게 추진하기는 어려웠을 것이다. 왜냐하면 당시 장관퇴진운동을 벌일 정도로 시민사회의 상당한 반발과 저항이 있었는데, 관료나 학자출신 또는 민심에 민감한 정치인 출신 장관이었다면 이러한 정치적 부담을 감수하면서 추진해 나가기란 쉽지 않았을 것이기 때문이다.

즉, 당시의 ‘구조적 조건’이라는 상수에 ‘정책결정자’라는 변수가 결합되면서 그러한 정책변동이 이뤄졌다고 볼 수 있다.

그리고 대항세력의 적극적인 반대운동을 통해 정부가 원래 도입하고자 했던 입법예고안에서 대항세력의 의견을 일부 반영한 수정안이 도출된 점도 구조적 조건만으로 정책결과를 다 설명할 수 없는 또 다른 이유이다.

이 경우는 ‘구조적 조건’이라는 상수에 추진세력과 대항세력 간의 ‘상호작용’이라는 변수가 상쇄효과를 일으켜 최종 정책산출물의 변화를 발생시킨 것으로 볼 수 있다.

따라서 미시적 수준의 행위자 요인의 영향력을 배제한 채 구조적, 제도적 요인에 의해서만 정책변동이 결정된다고 하는 설명은 본 정책변동사례에 적합하지 않다고 판단할 수 있다.

이상의 논의를 통해 본 연구에서 설정한 2가지 경쟁설명의 허점을 지적할 수 있었고, 따라서 구조적 요인과 행위자적 요인을 모두 균형 있게 고려한 본 연구명제가 2007년 의료급여정책 변동사례를 잘 설명할 수 있는 타당한 명제임을 확인할 수 있었다.

## 제5장 결 론

### 제1절 연구 요약

본 연구는 2007년 의료급여정책 변동에 대한 사례연구로서, 당시 정부가 기존의 정책기조에서 벗어나 의료급여재정의 안정화를 위하여 수급권자의 의료이용을 규제하는 정책들을 도입하게 된 원인과 기전을 규명하는 것을 목표로 하였다.

한편 본 연구는 질적 사례연구로서 체계적인 연구방법의 부재로 인해 학문적 엄격성이 떨어진다는 비판을 극복하기 위하여 먼저 연구자의 배경과 신념 등을 밝히고 여기서 비롯되는 편향을 최소화하기 위한 방법을 제시한 ‘연구자 반성’을 통하여 연구의 진실성을 확보하고자 하였고, 또한 Yin(2011)의 사례연구 검증기준을 따라 다양한 자료원의 사용을 통해 연구의 타당성을 확보하면서, 프로토콜을 개발하여 활용하고 데이터베이스를 구축함으로써 연구의 신뢰성을 높이고자 하였다.

그리고 각종 문헌조사와 함께 당시 반대운동의 주축 멤버였던 시민단체 측 인사와 혁신위원회 위원과의 면담조사를 통하여 분석에 필요한 자료를 수집하였고, 이렇게 확보한 자료를 패턴매칭 기법과 경쟁설명 기법을 활용하여 분석하였다.

연구의 이론적 배경에서는 정책변동의 개념과 유형 및 이론적 모형에 대해 살펴보았고, 이어서 형태발생 사회이론의 개념과 설명구조 등에 대해 고찰하였다. 그리고 2007년 의료급여정책변동에 관한 선행 연구를 검토한

결과 주로 정책변화로 인한 의료이용량과 진료비지출의 변화를 분석한 계량적 연구가 다수를 이루고 있었고, 소수의 정책변동을 분석한 연구에서도 구체적인 인과기제를 규명하는데 한계가 있었음을 확인할 수 있었다. 따라서 당시 정치·경제·사회문화의 구조적 조건과 정부체계 및 정책결정자 요인 그리고 정책행위자 간의 상호작용 요인을 모두 고려한 분석을 위하여 Archer의 형태발생 사회이론(1995)과 이를 변형하여 제도변화의 메커니즘 분석에 활용한 김선희(2008)의 연구모형을 본 사례에 맞게 재구성하여 활용하였다.

이러한 연구 설계에 따른 분석결과는 다음과 같았다.

먼저 거시적 구조 요인이 정책변동에 미친 영향을 살펴보면, 당시 대통령의 영향력 약화와 복지예산 확충에 부정적인 정치권 구조의 상황 속에서 정부는 복지예산을 확대하는데 어려움을 겪고 있었고, 따라서 의료급여제도의 재정지출을 안정화시키는 방향으로 정책목표를 설정할 수밖에 없었다.

그리고 당시 참여정부는 질서자유주의적 경제정책이념을 기반으로 사회적 책임과 개인 책임의 균형을 강조하는 효율적 복지를 지향하였는데, 이러한 요인이 급여재정 효율화를 위한 대책으로 본인부담제와 선택병의원제와 같이 수급권자의 도덕적 해이를 억제하는 정책들이 채택되도록 하는데 영향을 미쳤다.

한편 수급권자의 의료오남용 사례를 중점적으로 보도하는 주류언론들의 프레이밍 효과로 수급권자에 대한 부정적인 사회인식이 확산되었고, 이로 인해 정부가 수급권자의 의료이용을 제약하는 정책을 추진하는데 따르는 사회적 저항을 최소화할 수 있었다.

다음 중범위 수준의 정부체계적 요인의 영향을 살펴보면, 당시 정부는 기존의 참여복지 정책기조에서 사회투자 정책기조로 전환하면서 투자적 가치

가 있는 복지사업에 주력하였고, 이에 따라 재원배분의 우선순위에서 밀린 의료급여제도는 재정절감을 목표로 한 제도개편의 대상이 되었다.

기획예산처는 의료급여 재정문제의 심각성을 제시하며 정책의제로 부상하도록 영향을 미쳤고, 또한 기획예산처가 제시한 의료급여제도 합리화 방안은 복지부의 최종 정책안에 반영되기도 하였다.

그러나 실제적으로 의료급여 재정문제를 정부의제로 선정하고 본인부담제 등의 정책을 결정하고 추진하는데 있어서 결정적인 영향을 미친 요인은 유시민 보건복지부 장관이었다. 사회자유주의적 이념성향과 사회투자 복지철학 및 독일에서 복지재정을 공부한 경력을 바탕으로 한 그는 의료급여 수급권자의 도덕적 해이를 재정문제의 주범으로 인식하였고 따라서 이를 억제하기 위한 제도적 장치가 필요하다는 정책적 신념을 가지고 자신의 정치적 역량을 동원하여 정책추진을 강행하였다.

미시적 수준의 행위자 간 상호작용 요인이 정책변동에 미친 영향을 살펴보면, 당시 정책도입을 둘러싸고 정부를 위시한 정책추진세력과 시민사회 단체를 주축으로 한 대항세력 간의 복잡한 상호작용이 전개되었다.

정부는 시행령과 시행규칙 개정과 같이 행정부 단독의 입법절차만으로 정책도입이 가능한 유리한 조건 속에서 혁신위원회에 수급권자나 시민사회 측 위원을 배제시키는 등 시종일관 밀어붙이는 전략을 활용할 수 있었고, 이와 함께 극단적인 의료오남용 사례를 여러 차례 발표함으로써 수급권자 전체를 부도덕한 집단으로 낙인찍는 언론 프레이밍 전략을 구사하였다.

반면 제도적 참여수단이 부재하였던 대항세력은 공대위를 결성하여 적극적인 연대투쟁을 지속하였는데, 주로 성명서, 기자회견, 시위, 언론기고 등을 통하여 정부의 정책에 반대여론을 확산시킴으로써 정부를 압박하는 전략을 활용하였다. 또한 수급권자의 건강권과 인권을 침해하는 정책임을 내세워 인권위의 의견표명을 도출하는 등 인권적 측면에서 정부를 압박하여

강행을 중단시키고자 하였다.

이러한 투쟁의 결과로 정부로 하여금 일부 의견을 수용하여 세부정책사항을 수정하도록 만드는 부분적 성과를 거두기도 하였으나, 끝내 본인부담제와 선택병의원제와 같은 주요정책들의 도입을 저지하는데 실패하였다.

이상의 분석결과에 대한 종합논의에서 당시 정책변동은 서로 다른 층위의 요인들 간의 다양한 메커니즘을 통해 발생하였음을 확인할 수 있었다.

그리고 소수 정책결정자의 선택에 의해 정책변동이 발생했다고 하는 경쟁설명이나 구조나 제도적 요인에 의해서만 정책변동이 발생했다고 하는 경쟁설명의 부적합성을 제시함으로써 본 연구명제의 설명력을 높일 수 있었다.

## 제2절 연구의 의의 및 한계

### 1. 연구의 의의

본 연구의 의의는 선행연구의 한계를 보완하여 2007년 의료급여정책 변동의 구체적인 원인과 기전을 규명하였다는 점이다.

선행연구 가운데 하나인 문만숙(2015)의 연구에서는 정책흐름모형의 설명구조에 따라 문제와 정치, 정책대안의 흐름이 독립적으로 흐르다가 ‘재원배분회의’라는 우연한 기회에 결합하여 정책의 창이 열려 정책결정이 이루어졌다고 분석하였는데, 본 연구에서는 형태발생론의 설명구조에 입각하여 각각의 흐름에 해당하는 요인들을 거시적, 중범위적, 미시적 수준으로 층위를 구분하고 각 요인들이 정책변동에 어떤 영향을 미쳤고 요인들 간의 어떤 인과관계가 존재하였는지를 분석함으로써 보다 구체적인 원인과 기전을 제시할 수 있었다.

그리고 문만숙(2015)은 정책선도자인 유시민 장관의 강한 개정의지에 비해 시민사회단체의 반대의지가 약했기 때문에 정책변동이 이루어졌다고 분석하였지만, 본 연구에서는 이와 달리 당시 대항세력의 반대의지는 결코 약하지 않았으며 가능한 모든 수단을 동원하여 정책도입을 저지하고자 노력하였지만 당시의 정치·경제·사회문화적 요인과 입법절차적 요인 및 시민사회의 제도적 참여수단의 부재 등의 여러 구조적 요인의 제약 속에서 정책도입을 저지하는데 실패했던 것으로 분석하였다.

또한 본 연구에서는 ‘독립적 발현성을 가지는 주체적 행위자’라는 형태발생론의 개념에 근거하여 정책결정자 요인에 대한 피상적인 분석에서 한 걸음 더 들어가 유시민 장관의 이념성향과 개인적 경력 등을 분석함으로써

그가 왜 그러한 결정을 내릴 수밖에 없었는지를 이해해보고자 시도하였다.

또 다른 선행연구인 나영희(2010)의 연구는 당시 정책변동과정에서 나타난 담론을 분석대상으로 활용하여 정책변동의 원인과 과정을 설명한 연구로서 문서화되지 않은 정보들을 분석에 포함시키지 못하는 제한점이 있었는데, 본 연구에서는 문헌조사와 함께 당시 정책관계자들과의 면담조사를 병행하여 보다 많은 정보를 확보함으로써 이러한 선행연구의 한계를 보완할 수 있었다.

그리고 나영희(2010)는 당시 정책도입을 추진하던 복지부가 보여준 담론은 ‘신자유주의적’ 이데올로기에 가깝다고 보았지만, 본 연구에서는 당시 참여정부와 유시민 장관의 이념노선을 ‘질서(사회)자유주의’로 규정함으로써 기존의 신자유주의 여부를 둘러싼 이분법적 논쟁에서 벗어나 차별화된 분석을 시도할 수 있었다.

끝으로 아직까지 보건의료정책을 포함한 국내 정책사례연구 분야에서 활용도가 낮은 Archer의 형태발생 사회이론을 연구의 분석모형으로 활용한 점도 또 다른 의의라고 생각한다.

## 2. 연구의 한계

본 연구는 질적 사례연구로서 분석결과가 연구자의 편견에 의한 주관적 해석일 가능성이 높다는 한계를 지니고 있다.

질적 연구는 체계적이고 구조화된 연구방법의 부재로 인해 연구결과의 객관성을 담보하기 어렵다는 한계점을 가지는데, 이에 대해 본 연구에서는 연구자 반성 및 프로토콜 활용과 데이터베이스 구축 등을 통하여 연구의 진실성과 타당성 및 신뢰성을 향상시키기 위한 노력을 하였으나, 여전히



연구자의 자의적 해석이라는 비판을 극복하기에는 미흡한 점이 있다.

무엇보다 본 연구자가 질적 연구자로서의 전문성과 경력이 부족하다는 점이 연구의 신뢰성을 낮추는 요인이 될 수 있다.

구체적으로 형태발생론을 활용하여 정책변동 사례를 분석함에 있어서, 정치·경제·사회문화적 구조 요인과 같이 추상적이고 포괄적인 개념의 변수를 분석에 용이하도록 조작화하는 과정에서 연구자의 자의적 판단으로 인한 오류가 존재할 수 있다.

특히 단지 언론보도의 정황만으로 추진세력의 프레이밍 전략에 의해 수급권자에 대한 부정적 사회인식이 확산되었을 것이라고 추론한 점은 논리의 비약일 수 있다.

한편 연구 분석에 활용된 자료의 정확성 문제도 한계로 지적될 수 있는데, 당시 정책 행위자들과 면담조사에 있어서 십년 전의 사건을 정확히 기억하는데 어려움이 있었고, 또한 현재의 가치관과 생각이 과거 기억을 왜곡시키는 ‘회상편향’(recall bias)이 발생했을 가능성도 배제할 수 없다. 또한 정부 측 관계자들과 면담이 모두 실패한 가운데 결과적으로 대항세력 측 인사와의 면담조사만 이뤄진 점도 수집된 정보의 객관성을 낮추는 요인으로 작용하였다.

그리고 본 연구에서는 경쟁설명기법을 활용하여 연구명제의 타당성을 입증하고자 하였는데, 본 연구에서 제시한 경쟁설명 외에도 본 정책변동사례에 더 적합한 설명, 즉 본 연구명제를 반박하는 설명이 제기될 수 있다는 점에서 연구명제의 타당성을 입증했다고 단정 짓는데 한계가 있다.

본 연구의 또 다른 한계점으로는 앞선 이론적 배경에서 논의하였듯이, 형태발생론의 특징점이라고 할 수 있는 ‘시간성’을 충분히 반영한 분석이 이뤄지지 못한 점이다. 형태발생론을 활용한 선행연구들과 달리 1~2년이라는 비교적 짧은 시간범위의 제한 속에서 정책변동의 한 ‘주기’(cycle)에만

초점을 맞춰 분석하였기 때문에, 선행 주기의 결과가 본 정책변동 주기에 미친 영향과 본 주기의 결과가 후속 주기에 미친 영향 등과 같이 시간의 흐름에 따른 선후 주기 간의 연속적인 변화 양상을 분석에 포함시키지 못하고 단편적인 분석에 머무른 한계가 있다. 따라서 이에 대해서는 향후 보다 거시적인 역사적 맥락 속에서 의료급여제도의 정책변동 메커니즘을 분석하는 후속연구가 필요할 것으로 생각한다.

### 제3절 정책적 제언

본 절에서는 연구의 분석결과를 토대로 하여 의료급여제도의 보장성 강화를 위한 정책적 제언을 하고자 한다.

먼저 2007년 의료급여정책 변동을 짧게 요약하자면, 의료급여 재정운용의 효율화를 목표로 한 정부에 의해 본인부담제와 같은 수급권자의 의료이용을 규제하는 정책들이 도입된 제도개편이었고, 이는 당시 참여정부가 출범당시 내세웠던 ‘의료급여제도의 보장성 강화’라는 정책기조를 철회한 것이었다.

그리고 이후 현재에 이르기까지 의료급여제도의 예산규모의 추이(’07년 약3.6조원→’14년 약4.4조원)를 볼 때 정부의 의료급여 재정안정화 목표는 성공적으로 달성되었다고 볼 수 있다. 반면에 의료급여제도의 또 다른 목표인 ‘보장성 확대’ 측면에서는 부분적인 개선은 있었지만 전반적으로 정체된 상태로 유지되어 왔다.<sup>124)</sup>

그럼에도 여전히 정부는 수급권자들의 의료오남용으로 인한 재정누수가 심각하다는 발표와 함께 이를 방지하기 위한 추가적인 정책적 수단을 도입하고 있는 실정이다.<sup>125)</sup>

즉, 2007년 정책변동 이후로 급여제도의 보장성 강화보다 재정효율성을

124) 임신출산 진료비 지원이나 노인틀니 급여 적용 등은 건강보험과 연동되어 보장성이 확대된 것이었고, ’09년 급여2종의 입원 본인부담율을 15%→10%로 낮추고 본인부담금 상한제 기준을 ‘120만원→60만원’으로 인하한 것도 급여2종의 차상위계층 34만 명을 건강보험을 전환시킨 이후의 조치였던 점을 감안한다면 그 의의가 크다고 볼 수 없다(보건복지부, 2016).

125) 정부 내부적으로 급여1종 수급권자의 입원진료에 본인부담을 적용하는 방안을 계속 논의 중에 있으며(연합뉴스, 2012.6.28. “비정상 입원 의료급여자 5% 본인부담금 부과 검토”), ’13년 10월부터 ‘정부합동 복지부정 신고센터’를 운영하여 부정수급에 대한 감시와 처벌을 강화하는 한편 의료급여 수급권자들에게는 ‘진료비용 알림서비스’를 도입하여 스스로 의료이용을 자제하게 만드는 등 지속적으로 수급권자의 도덕적 해이를 억제하는데 정책목표를 두고 제도를 운영하고 있다(보건복지부, 2016).

중시하는 정책기조가 견고하게 유지되고 강화되어 왔으며, 이는 현재까지도 ‘2007년 정책패러다임<sup>126)</sup>’의 영향력 속에 머물러 있음을 의미하는 것이다.

그렇다면 이러한 정책패러다임을 극복하고 의료급여제도의 보장성을 강화시키는 정책방향으로 전환하기 위해서는 어떠한 정책적 개입과 구조의 변화가 선행되어야 할까?

이 질문에 대하여 본 연구에서 분석한 2007년 의료급여정책 변동의 인과기제를 토대로 답을 제시하고자 한다.

먼저 미시적 수준에서, 정책대상자인 수급권자들이 직접 결사체를 조직하여 정부에 맞서 자신들의 권리를 주장할 수 있는 대항역량을 갖춘다면 정부로서는 지금처럼 쉽게 수급권자들의 혜택을 줄이는 정책을 추진하진 못할 것이다.

그러나 수급권자 대부분이 노약자와 장애인 및 생활고를 겪고 있는 극빈층으로 구성되어 있으며 또한 이들 스스로 낙인감을 가지면서 권리의식이 낮은 점을 고려해 본다면, 이들이 조직적인 투쟁역량을 발휘하기란 현실적으로 어려운 일일 것이다.

그렇다면 보장성 강화를 위한 또 다른 방안으로 정부의 정책결정과정에서 수급권자 대표나 시민사회단체의 실질적인 참여를 보장하고 합의절차를 거치도록 하는 제도적 장치의 마련을 생각해 볼 수 있다.

이는 2007년 당시 정부가 혁신위원회 구성에서 의도적으로 수급권자와 시민단체 측 인사를 배제시키고 중앙심의위원회의 심의과정에서 제기된 여러 반대의견을 무시하면서 정책추진을 강행하였던 점을 상기해 볼 때, 이

---

126) 여기에서 정책패러다임은 정책결정자들이 정책문제의 본질을 파악하고 정책목표와 이를 달성하기 위한 정책수단을 구체화하는데 있어서 일정한 사고와 기준의 틀을 말한다(정정길 외, 2016).

러한 정부의 일방통행식 정책도입을 제어할 수 있는 실효성 있는 제도적 참여수단이 필요함을 알 수 있다.

다음으로 보장성 강화를 위한 정부체계적 수준에서 변화 요건으로, 우선 국가예산배분의 영역에서 견고하게 자리 잡고 있는 ‘복지재정의 보수주의’와 ‘복지정책의 경제적 종속성’을 극복하는 것이 필요하다.

2007년 당시 지속적인 보장성 확대정책으로 급여재정 지출이 급증할 것임을 예상하고 있었음에도 보수적으로 예산추계를 산정하고 이로 인해 수천억 원의 미지급금이 발생하자 제도의 지속가능성이 위협받고 있다며 서둘러 재정절감으로 정책노선을 선회하게 된 배경에는 이러한 구조적 요인이 영향을 미치고 있었다.

급여재정 지출의 한도를 어디까지로 정할 것인가 하는 문제는 전적으로 정치적 의지와 판단에 달린 문제이다. 즉, 경제적 논리가 아니라 사회적 합의를 통해 해결했어야 할 문제임에도 그렇게 하지 못했던 원인은 바로 복지정책이 경제정책논리에 예속화되어 있었기 때문이다.

따라서 의료급여제도의 보장성 강화를 위해서는 이러한 복지정책의 경제적 종속성을 극복해야 하며, 그 구체적인 수단으로 보건복지부의 예산편성 권한을 강화하면서 정책결정의 독립성을 보장해 주는 방안을 생각해 볼 수 있을 것이다.

그리고 거시적 수준에서 보면, 우선 지금과 같이 보수편향된 정치권의 구조적 조건 속에서는 의료급여의 재정확충을 통한 보장성 강화는 매우 어려운 일이다.

그렇지만 국회의원과 대통령 모두 국민의 선거에 의해 선출되는 만큼 의료급여제도의 보장성 강화를 요구하는 사회적 공감대와 여론이 확산된다면

정치권도 이를 반영하지 않을 수 없을 것이다.

그렇다면 거시적 차원에서 의료급여의 보장성을 확대하기 위한 근본대책은 바로 수급권자와 같은 사회경제적 약자들을 향한 ‘연대의식’의 강화가 될 것이다. 그리고 이를 위해서는 보다 많은 사회구성원들의 적극적인 참여와 지지를 기반으로 한 시민사회운동의 활성화가 필요할 것이다.

그러나 또 한편에서는 강력한 보수 기득권 세력이 지속적으로 수급권자의 ‘도덕적 해이’ 프레임을 확대·재생산시키면서 의료급여에 대한 부정적인 여론을 조장하고 있는 실정이다.

물론 빈곤층의 의료보장에 있어서 사회가 어느 정도까지 책임을 져야 하는가는 각자의 이념성향과 복지철학에 따라 다를 수 있고, 따라서 구체적인 보장성의 수준에 대해서는 사회적 공론의 장에서 충분한 논의와 합의과정을 거쳐야 할 것이다.

그러나 2007년의 경우처럼 자신들의 주장을 합리화시키기 위하여 일부 극단적인 부정수급사례를 부각시켜 수급권자 전체를 ‘부도덕하고 비양심적인 집단’으로 프레이밍하는 것은 사회정의에 부합하지 않는 일이다. 특히 국가가 나서서 이를 전략적 정책수단으로 사용하는 것은 더욱 정당하지 못하다. 2007년 이후 아직까지도 국민보고서에 나오는 ‘홍길동 형제’와 ‘파스만매 사용자’가 부정수급의 전형으로 언급되고 있는 현실을 볼 때에, 이것은 우리사회의 가장 취약한 집단에게 공권력이 가한 ‘폭력’이었다.

결국 우리사회에 견고하게 자리 잡고 있는 이 ‘도덕적 해이’ 프레임을 극복해야만, 재정압박에 굴하지 않고 의료급여제도의 보장성 확대를 지속적으로 추진해 나갈 수 있을 것이다. 그리고 이 견고한 프레임을 균열시키기 위해서는 가난하고 소외된 이들을 향한 사회적 관심의 증대와 공동체의식의 강화를 지향해 나가면서 한편으로 전략적 사고와 실천도 동반되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

### <단행본>

- 양승일. (2006). 정책변동론. 양서원.
- 유시민. (2007). 대한민국 개조론. 돌베개.
- 유시민. (2009). 후불제 민주주의. 돌베개.
- 유훈. (2009). 정책변동론. 대명문화사.
- 정정길, 최종원, 이시원, 정준금. (2005). 정책학원론. 대명출판사.
- 정정길, 최종원, 이시원, 정준금, 정광호. (2016). 정책학원론. 대명출판사.
- 조홍식. (2000). 유럽대륙의 신자유주의: 정책변화의 정치. 세계화와 신자유주의 (안병영, 임혁백 편). 나남출판; 233-261.
- 한반도사회경제연구회. (2008). 노무현시대의 좌절. 창작과 비평.

### <학위논문>

- 김기중. (2012). 의료급여제도변화에 따른 의료이용 효과성 분석: 의료급여 1종 외래환자 의료이용 변화분석을 중심으로. 단국대학교 석사학위논문.
- 김민정. (2014). 선택의료급여기관 제도가 만성질환을 가진 의료급여 수급권자의 의료이용에 미치는 영향. 인제대학교 석사학위논문.
- 김선희. (2008). 정책변화의 제도적 조건과 메커니즘 분석: 의료보험 규제정책을 중심으로. 고려대학교 박사학위논문.
- 김현주. (2011). 정책옹호연합모형(ACF)을 적용한 관광통역안내사 자격제도의 정책변동 분석. 한양대학교 박사학위논문.
- 나영희. (2010). 국가인권위원회의 사회권 담론 성격에 관한 연구-의료급여 제도 혁신대책과 특수 고용노동자 보호정책을 중심으로. 중앙대학교 박사학위논문.
- 노선순. (2013). 의료급여수급자의 선택의료급여기관제도에 따른 의료이용의 변화. 전남대학교 석사학위논문.
- 문만숙. (2015). 의료급여정책 변동 과정 분석: 킹돈 모형의 적용. 조선대학교 석

사학위논문.

박경자. (2008). 의료급여 정책변화에 따른 의료이용 변화. 연세대학교 석사학위 논문.

박철용. (2013). 의료급여제도 정책변화가 외래 의료이용에 미치는 영향-의료급여 1종 수급권자를 대상으로. 연세대학교 석사학위논문.

신선희. (2015). 한국 근대 공공부조제도의 지속과 변화요인에 대한 연구 : 역사적 제도주의 관점을 중심으로. 서울시립대학교 박사학위논문.

윤권수. (2015). 정책옹호연합모형을 적용한 국립대학 법인화 정책변동 과정 분석. 건국대학교 박사학위논문.

이혜영. (1992). 대학 입학정원 결정의 사회적 동인에 관한 연구. 서울대학교 박사학위논문.

조홍순. (2008). 한국 교원평가정책의 변동 분석: 옹호연합과정모형(ACPF)의 적용. 고려대학교 박사학위논문.

최광용. (2012). 음악·영화 저작권 환경 변화와 대응 메카니즘 비교분석 : 자유문화이론과 형태발생이론을 중심으로. 강원대학교 박사학위논문.

홍선우. (2009). 본인부담제도가 의료급여 1종 수급권자의 의료이용에 미치는 영향. 서울대학교 박사학위논문.

#### <학술논문>

가상준, 노규형. (2010). 지지율로 본 노무현 대통령의 임기 5년. 한국정당학회보, 9(2);61-86.

강은숙, 이달곤. (2005). 정책사례연구에 대한 방법론적 논의. 한국정책학회 추계 학술발표논문집, 59-83.

곽진영. (2003). 국회-행정부-정당 관계의 재정립 : 분점정부 운영의 거버넌스. 의정연구, 9(2);161-185.

김선희. (2009a). 정책변화에 대한 형태발생론적 접근: 의료보험 수가정책을 중심으로. 한국행정학보, 43(2);227-256.



- 김선희. (2009b). 비판적 실재론에 의한 제도변화 설명가능성 탐색: 역사적 제도주의와 비교를 중심으로. 행정논총, 47(2);337-374.
- 김성훈. (2001). 사례연구방법을 통한 과학적 추론. 정부학연구, 7(1);209-239.
- 김영순, 여유진. (2011). 한국인의 복지태도. 경제와사회, 211-240.
- 김원섭. (2009). 참여정부에서 한국 복지국가의 발전, 신자유주의 국가. 한국사회, 9(2);29-53.
- 김익성. (2006). 오이켄의 질서자유주의에 기초한 한국형 시장경제체제와 생산적 참여복지정책. 질서경제저널, 9(1);39-65.
- 김정식. (2001). 한국의 경제구조변화에 관한 연구. 산업경제연구, 14(4);95-109.
- 김창엽. (2000). 보건의료정책의 결정과정. 가정의학회지, 21(5);255-267.
- 나영희. (2009). 의료급여법 시행령과 시행규칙 개정과정을 둘러싼 담론에 관한 연구. 사회복지정책, 36(1); 173-199.
- 남기철. (2005). 희망한국 21, 양극화에 대응하는 사회안전망의 개혁인가?. 월간 복지동향, (85);27-31.
- 명숙. (2007). 약자의 건강권을 찢어버린 개악된 의료급여제도의 실시. 월간 복지동향, (106);37-40.
- 배진영. (2003). 경쟁질서의 원칙과 노무현 정부의 경제질서정책 과제. 질서경제저널, 6(1);3-34.
- 성경룡. (2014). 한국 복지국가 발전의 정치적 기제에 관한 연구. 한국사회학, 48(1);71-132.
- 성태규. (2002). 독일 질서자유주의에서의 정치적 질서정책. 국제정치논총, 42(2);217-236.
- 신동면. (2006). 한국의 생산체제와 복지체제의 선택적 친화성. 한국정치학회보, 40(1);115-138.
- 신영석. (2010). 의료급여제도의 성과와 발전 방향. 보건복지포럼, 28-38.
- 신영전, 이원영. (2002). 의료보호법개정에서 나타난 정책결정과정의 특성연구. 한국의료법학회지, 10(2);23-44.

- 신영전. (2006). 의료급여를 둘러싼 최근 정책 동향. 월간 복지동향, (91);27-29.
- 신영전. (2014). 의료급여 사각지대의 정치경제학. 비판과 대안을 위한 사회복지 학회 학술대회 발표논문집, 17-58.
- 심지홍. (2003). 한국경제의 구조조정과 경제질서정책. 질서경제저널, 6(2);57-74.
- 심지홍. (2005). 참여정부의 경제질서정책. 경상논총, 23(3);159-178.
- 신현기. (2012). 대통령법안의 국회 통과 영향요인에 관한 연구. 사회과학연구, 28(1);95-127.
- 신현웅. (2007). 의료급여 본인부담제도 도입의 의미. 건강보험포럼, 6(3); 32-45.
- 신희영. (2008). 비판적 실재론과 행정학의 연구방법, 한국행정학회 동계학술발표 논문집, 1-22.
- 엄규숙. (2004). 참여복지 5개년계획, 무엇이 문제인가. 복지동향, 65(3);21-24.
- 오승용. (2009). 노무현정부 시기의 대통령-의회 관계 연구:입법과정을 중심으로. 서석사회과학논총, 2(2);125-160.
- 우석훈. (2006). 참여정부에 참여는 없고 신자유주의만 활개. 월간말, 64-69.
- 유원섭. (2007). 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정에 관한 소고. 미간행자료.
- 유종일. (2006). 참여정부의 '좌파 신자유주의' 경제정책. 창작과비평, 34(3); 299-311.
- 윤찬영. (2005). 참여정부 2주년, 복지정책 평가. 월간 복지동향, (77);4-7.
- 이병천. (2003). 참여정부의 경제정책. 시민과 세계, (4);253-272.
- 이선우. (2000). 행정학 분야의 비계량적 연구에 대한 소고. 정부학연구 6(1);80-116.
- 이성희, 정바울. (2015). 아치의 형태발생론적 접근(Morphogentic Apporach)에 대한 탐색적 연구: '성찰'의 재개념화를 중심으로. 교육사회학연구, 25(1);189-210.
- 이영철. (2006). 사회과학에서 사례연구의 이론적 지위: 비판적 실재론을 바탕으로. 한국행정학보, 40(1);71-90.
- 이원영. (2007). 최근 개정된 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안에 대한 비판적 고찰. 건강보험포럼, 6(3); 46-57.

- 이정진, 노대명. (2015). 복지수급자에 대한 시민들의 복지태도 결정요인에 대한 고찰. 한국정당학회보, 14(2);195-224.
- 이태수. (2007). 미래 보건복지정책의 방향과 과제. “미래 보건복지 정책과제” 국회정책토론회 발제문, 14-31.
- 이태수. (2008). 민주화이후 복지정책의 변화와 과제. 사회경제평론,(30);129-156.
- 임운택. (2010). 한국사회에서 신자유주의의 발전단계와 해게모니 전략에 대한 이념형적 분석. 경제와사회, 300-337.
- 임준. (2007). 보건복지부 의료급여 제도 개선안의 문제점. 정부 의료급여제도 개정에 대한 긴급토론회 자료집(1월 4일). 2-12.
- 조영훈. (2008). 참여정부 복지정책의 성격. 사회과학연구, 24(1);213-233.
- 주은선. (2011). 한국 복지국가 논쟁에 관한 소고. 진보평론, (50);16-44.
- 참여연대 사회복지위원회. (2007). 유시민장관 1년을 평가한다. 월간 복지동향, (101);37-40.
- 최성은. (2014). 의료급여 진료비와 의료급여 대상자의 의료서비스 이용 증가에 대한 소고. 재정포럼, 221; 21-33.
- 함성득. (2005). 노무현 대통령의 집권 전반기 리더십 평가. 행정논총, 43(2); 409-441.
- 황준성. (2001). 독일형 질서자유주의와 영미형 신자유주의의 비교. 경상논총, 19(2);217-240.

#### <국외 참고문헌>

- Archer, MS. (1995). Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach. Cambridge University Press.
- Archer, MS. (2010). Morphogenesis versus structuration: on combining structure and action. The British Journal of Sociology, 61:225-252.
- Campbell, Donald. (1975). Degrees of Freedom and the Case Study. Comparative Political Studies(8).

- Creswell, John W. (2015). 질적연구방법론(조흥식·정선옥·김진숙·권지성 공역). 학지사.
- Hogwood, Brian W. & B. Guy Peters. (1983). Policy dynamic. New York: St. Martin's Press.
- Light, Paul C. (1999). The President's Agenda: Domestic Policy Choice from Kennedy to Clinton. The Johns Hopkins Univ.Press.
- Yin, Robert K. (1989). Case Study Research: Design and Methods. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Yin, Robert K. (2011). 사례연구방법(신경식&서아영 역). 한경사.

#### <연구보고서>

- 건강세상네트워크. 2006. [정책보고서] 과연 ‘본인부담제’가 의료급여 재정에 도움이 될 것인가? 12월 7일자 미간행 자료.
- 지영건, 신현웅, 황도경. (2006). 의료급여 본인부담제 및 인센티브 도입방안 연구. 정부정책과제 연구사업 보고서.
- 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소. (2007). 2007 한국복지패널 기초분석 보고서.
- 참여복지기획단. (2004). 참여복지 5개년계획. 정부 연구보고서.

#### <정부 자료>

- 기획예산처. (2006a). 국가재정운용계획 공개토론회: 사회복지·보건분야(Ⅱ). 3월 24일자 보도자료.
- 기획예산처.(2006b).국가재정운용계획 공개토론회 발제자료: 사회복지·보건분야(Ⅱ).
- 기획예산처.(2006c).사회복지·보건분야 공개토론회 개최결과. 3월24일자 보도자료.
- 기획재정부. 국가재정운용계획. 홈페이지 공개자료.
- 보건복지부. (2005a). 의료급여환자의 본인부담 등 의료비 지출실태조사 결과. 9월 21일자 보도자료.

보건복지부. (2005b). 희망한국21-함께하는복지. 9월 26일자 보도자료.

보건복지부. (2006a). 의료급여 제도혁신 추진계획(안). 4월 26일자.

보건복지부. (2006b). 의료급여 제도혁신 추진계획. 4월 28일자 보도자료.

보건복지부. (2006c). 의료급여기관에 대한 대대적인 실사실시. 5월 29일자 보도자료.

보건복지부. (2006d). 의료급여 혁신대책 관련 지침개정안 및 의료급여 과다이용자 실태조사 방안. 7월 18일자.

보건복지부. (2006e). 의료급여 혁신 종합대책 및 세부추진계획(안). 7월 28일자 미간행 자료.

보건복지부. (2006f). 미래지향적 보건복지 정책방향과 역점과제. 8월22일자 보도자료.

보건복지부. (2006g). 의료급여부정수급자 사례 및 사법처벌 강화 계획. 8월 23일자 보도자료.

보건복지부. (2006h). 수급권자 파스납용 사례 발표. 9월 22일자 보도자료.

보건복지부. (2006i). 사회투자정책 기조와 보건복지 현안 사항. 10월 9일자 기자회견담회 자료.

보건복지부. (2006j). 보건복지분야 비전 2030 추진실적 및 계획. 11월 29일자 보도자료.

보건복지부. (2006k). 제1차 중앙의료급여심의위원회 회의록. 12월 8일자.

보건복지부. (2006l). 의료급여법 시행령 일부개정령안. 12월 19일자.

보건복지부. (2006m). 의료급여법 시행령 입법예고안. 12월 20일자 보도자료.

보건복지부. (2006n). 중복투약 및 병용금지 의약품 처방조제 사례. 12월 20일자.

보건복지부. (2006o). 의료급여법 시행규칙 일부개정령안. 12월 29일자.

보건복지부. (2006p). 의료급여법 시행규칙 개정안 입법예고 및 통계자료 정정. 1월 1일자 보도자료.

보건복지부. (2007a). 의료급여법시행령 개정안 국무회의 통과.2월21일자보도자료.

보건복지부. (2007b). 의료급여법 시행규칙 개정공포. 3월 27일자 보도자료.

보건복지부. (2007c). 재가산소치료급여적용 및 파스비급여시행. 4월28일자 보도자료.

보건복지부. (2007d). 선택의료급여기관 적용대상자및 이용절차등에 관한 규정(안).

보건복지부. (2007e). 의료급여 사례관리사업 종합대책 발표. 5월18일자 보도자료.

보건복지부. (2007f). 제1차 중앙의료급여심의위원회 회의록. 6월 8일자.

보건복지부. (2007g). 의료급여제도(자격관리시스템) 안정단계. 7월5일자 설명자료.

보건복지부. (2007h). 공동행동 질의에 대한 답변. 7월 20일자.

보건복지부. (2007i). 2006년 의료급여기관 현지조사 결과 및 허위부당청구기관 발표. 7월 24일자 보도자료.

보건복지부. (2007j). 의료급여 수급권자의 의료이용 실태 연구결과 발표. 7월 25일자 보도자료.

보건복지부. (2007k). 차상위의 단계적 건보전환 추진 입법예고. 8월28일자 보도자료.

보건복지부. (2008). 본인부담제등을 통한 의료급여비절감보고. 4월28일자 보도자료.

보건복지부. (2016). 2014 보건복지백서.

보건복지부 기초의료보장팀. (2006a). 제3차 의료급여제도 혁신위원회 자료집.

보건복지부 기초의료보장팀. (2006b). 제4차 의료급여제도 혁신위원회 자료집.

보건복지부 기초의료보장팀. (2007). 제5차 의료급여제도 혁신위원회 자료집.

유시민. (2006). 의료급여 제도혁신에 대한 국민보고서

정부·민간 합동작업단. (2006). 비전2030-함께 가는 희망한국 보고서.

참여복지기획단. (2004). 참여복지 5개년계획.

헌법재판소. 2009.9.24. 의료급여법 시행령 별표 제1호 가목 등 위헌확인

헌법재판소. 2009.11.26. 의료급여법 제10조 등 위헌확인

#### <성명서·논평>

가건연, 건강세상네트워크 등. 2006.10.17. [성명서] 의료급여 제도혁신 국민보고서에 대한 성명서.

건강세상네트워크. 2006.12.7 [논평] “본인부담제 도입’ 의료급여 재정에 도움 안 된다”

공대위 등. 2007.1.11. 의료급여제도 개악입법 강행 중단촉구 기자회견문.

공대위 등. 2007.1.16. 1월 12일자 복지부 국정브리핑에 대한 반론.

공대위 등. 2007.2.23. 노무현정부의 의료 및 복지정책개악규탄 노동·시민사회단체 공동기자회견문

공동행동. 2007.5.9. [논평] “차상위계층 의료급여 국고지원 중단 정책 추진에 대한 의료급여개혁 공동행동 입장”

공동행동. 2007.7.2. 헌법소원 제기 및 수급권자 직접 행동 선포 기자회견문.

공동행동. 2007.7.6 [성명서] 복지부기자간담회에 대한 반박성명서.

공동행동. 2007.7.27. [논평] 공개질의에 대한 보건복지부 답변에 대한 논평.

공동행동·의사협회. 2007.7.10. 의료급여환자의 본인부담제, 선택병의원제 폐지촉구 의료계 시민사회 공동기자회견문

공동행동. 2007.10.9. 의료급여 수급권자 피해사례 및 증언대회 권리선언문

공동행동. 2008.4.30. [성명서] “의료급여 본인부담제도입이 의료과소비를 줄였나?”

국가인권위원회. 2007.2.15. 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안에 대한 의견표명.

보건의료단체연합. 2006.12.20. [성명] “노무현정부, 이제 가난한 사람들의 치료받을 권리마저 빼앗겠다는 것인가?”

보건의료단체연합. 2007.5.21. [논평] 유시민장관 퇴임에 대한 논평

인도주의실천의사협회. 2007.1.8. [의견서] 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정입법예고안에 대한 의견서

의료연대회의. 2006.10.19. [성명서] 의료급여 제도혁신 국민보고서에 대한 성명서.

참여연대. 2006.8.9. [성명서] “의료급여 절감을 위한 생계급여 삭감 반대한다!”

참여연대. 2006.12.19. [논평] “극빈곤층인 의료급여 환자를 내모는 의료급여법 개정안을 즉시 철회하라”

참여연대. 2007.6.19. [논평] 변재진 보건복지부 장관 임명에 대한 논평

참여연대. 2007.8.29. [논평] “차상위계층 의료급여 건강보험 전환 계획 재검토해야”

한의사협회. 2007.7.2. [성명서] “한의협, ‘의료급여제도 변경’ 무기한 연기 촉구”

# Abstract

## A Case Study of the Korea Medical Aid Policy Change in 2007 using Archer's Morphogenetic Approach

Seong-sik Jeong

Department of Health Policy and Management

School of Public Health

Seoul National University

As a qualitative case study of the Korea medical aid policy change in 2007, this study aims to analyze the cause and mechanism that the government at that time introduced policies which restrict the medical use of the medical aid recipients like 'co-payment system' and 'designated doctor system' for out-patient services in order to stabilize the medical aid finances deviated from previous policy stance of the expansion of the medical aid coverage.

For this, this study used Archer's morphogenetic social theory as a analysis model and selected political-economic-sociocultural structural conditions, government system, policy-decision maker factors and the interaction factors between policy actors at that time as analysis variables. And this study was performed to analyze the data that was collected through literature and interview surveys utilizing a 'pattern matching' technique and 'rival explanation' technique.

The analysis results were as follows.



First, the political conditions, such as which the president's influence was weakened and major assembly parties opposed expanding the welfare budget, had an effect on that the government changed their policy direction to stabilize the medical aid finances.

Second, the 'Participation' government's economic policy ideology of 'Ordo-liberalism' aiming efficient welfare like 'Social investment policy' had effect on that policies controlling recipient's 'moral hazard' had been adopted.

Third, the mainstream media was spreading negative public opinion about the medical aid recipients through focusing to report the cases of recipient's medical abuse, so it contributed to minimize the social resistance to the policy change.

Fourth, the government had focused on the welfare projects of the investment value by changing from 'Participatory welfare' to 'Social investment' policy stance, thus the medical aid program being pushed back on the financial allocation priority was the subject of financial savings.

Fifth, the Ministry of Planning and Budget(MPB) had effect on that the medical aid's financial problem was selected for the government's policy agenda and the policies controlling recipient's 'moral hazard' had been adopted.

Sixth, the Minister of Health and Welfare, 'Rhyu Si-min' as a final policy-decision maker had a decisive effect on that the medical aid's financial problem was selected for the government's policy agenda and the policies like co-payment system were decided and introduced.

His ideological inclination of 'Social liberalism' and welfare philosophy of 'Social investment' and career studying the welfare finance in Germany seems to have effect on that he recognized the moral hazard of recipients as the main cause of the medical aid's financial problem.

Seventh, around the policy introduction a complex interaction between a

'policy driving force' including the government and a 'opposition force' centering around civil society groups was deployed.

The government utilized 'pushing strategy' in favorable conditions that the policies could be introduced by the legislative procedures of the executive alone such as revision of 'Presidential decree' and 'Departmental ordinance', and also used 'media framing strategy' stigmatizing whole recipients as immoral group by announcing the extreme cases of medical abuse several times.

On the other hand, the opposition force who had no institutional means of participation was struggling actively organizing 'emergency planning committee' and utilized the main strategy to put pressure on the government by spreading the opposition opinion through statements, press conferences, demonstrations, media contributions, etc.

And the opposition force also sought to stop enforcing policies by putting pressure on the government in human rights' aspects to derive the opinion of the 'National Human Rights Commission(NHRC)' emphasizing that they violate the health rights and human rights of the recipients.

As a result of this opposition movement the government had changed some policy details, but the key policies such as co-payment system and designated doctor system were eventually introduced.

The above analysis results could be confirmed that the medical aid policy change in 2007 has occurred through the interaction between the various factors at the macro-level, meso-level, micro-level.

**Key words: medical aid policy, policy change, Morphogenetic social theory**

**Student Number : 2013-21860**